



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

La intervención de los trabajadores sociales con personas adultas con trastorno mental: el caso concreto de La Rioja

Autor/es

ARIANA MARÍA MAGDA

Director/es

VICENTE LÁZARO RUIZ

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Curso académico

2018-19



La intervención de los trabajadores sociales con personas adultas con trastorno mental: el caso concreto de La Rioja, de ARIANA MARÍA MAGDA (publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

TRABAJO FIN DE GRADO

**LA INTERVENCIÓN DE LOS
TRABAJADORES SOCIALES CON
PERSONAS ADULTAS CON
TRASTORNO MENTAL: EL CASO
CONCRETO DE LA RIOJA**

**THE INTERVENTION OF SOCIAL
WORKERS WITH ADULTS WITH MENTAL
DISORDER: THE CONCRETE CASE OF LA
RIOJA**



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

Grado en Trabajo Social

**Facultad de Ciencias
Jurídicas y Sociales**

Autora: Ariana María Magda

Tutor: Vicente Lázaro Ruiz

Curso 2018/2019

Resumen

El presente trabajo desarrolla la intervención de los trabajadores sociales con personas con trastorno mental principalmente desde los servicios sanitarios y, de manera, secundaria pero no menos importante desde los servicios sociales. Para ello, mediante un análisis de fuentes bibliográficas, hemos recogido el marco normativo y teórico relacionado con la salud mental y el Trabajo Social y los recursos y servicios existentes para personas con trastorno mental mayores de edad de aplicación a nivel estatal y de Comunidad Autónoma de La Rioja. Además, mediante una metodología cualitativa obtenemos información de cinco entrevistas sobre el tema descrito con el objeto de comparar las fuentes secundarias con las primarias para así obtener un acercamiento a la realidad de la intervención del profesional del Trabajo Social.

Los principales resultados del trabajo han sido la creación de una guía de recursos relacionados con la salud mental de La Rioja, desarrollo de conocimientos teóricos sobre la intervención del trabajador social con personas con trastorno mental y profundización teórica en las entidades a las que se acudió para entrevistar a las trabajadoras sociales.

Las principales conclusiones obtenidas han sido la necesidad de generación de puestos de trabajo para trabajadores sociales en las Unidades de Salud Mental, la creación de programas de intervención comunitaria con personas con trastorno mental y el problema de centralización de recursos en Logroño.

Palabras claves: trastorno mental, salud mental, Trabajo Social en salud mental.

Abstract

The present research work develops the intervention of social workers with people with mental disorder mainly from the health services and, in a secondary way, but not less important from the social services. For this, through an analysis of bibliographic sources, we have collected the normative and theoretical framework related to mental health and Social Work and the existing resources and services for people with mental disorders of age of application at the state level and the Autonomous Community of The Rioja. In addition, through a qualitative methodology we obtain information from five interviews on the subject described in order to compare the secondary sources with the primary ones in order to obtain an approach to the reality of the intervention of the Social Work professional.

The main results of the work have been the creation of a guide of resources related to the mental health of La Rioja, development of theoretical knowledge about the intervention of the social worker with people with mental disorder and theoretical deepening in the entities that were attended to. Interview social workers.

The main conclusions obtained have been the need to generate jobs for social workers in the Mental Health Units, the creation of community intervention programs with people with mental disorders and the problem of centralization of resources in Logroño.

Keywords: mental disorder, mental health, Social Work in mental health.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Fundamentación.....	5
1.2. Objetivos generales y específicos	7
1.3. Partes del trabajo.....	8
2. MARCO TEÓRICO SOBRE EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL Y LOS RECURSOS Y SERVICIOS PARA PERSONAS ADULTAS CON TRASTORNOS MENTALES	9
2.1. Definición de conceptos sobre salud mental.....	9
2.1.1. Trastorno mental	9
2.1.2. Salud mental.....	10
2.1.3. Trabajo Social Clínico.....	10
2.1.4. Rehabilitación en salud mental	10
2.1.5. Recursos y servicios de salud mental	11
2.1.6. Percepción social.....	11
2.2. Marco normativo sobre salud mental	12
2.2.1. A nivel internacional	12
2.2.2. A nivel nacional de España	13
2.2.3. A nivel autonómico de La Rioja.....	14
2.3. Trabajo Social y salud mental.....	16
2.3.1. Evolución histórica del Trabajo Social en salud mental	16
2.3.1.1. Inicios	16
2.3.1.2. Transformación.....	17
2.3.1.3. Actualidad.....	18
2.3.2. El trabajador social en su intervención con personas con trastorno mental..	19
2.3.2.1. El papel del trabajador social con personas con trastornos mentales	19
2.3.2.2. Funciones del trabajador social con personas con trastornos mentales..	19
2.3.2.3. Modelos de intervención con personas con trastorno mental.....	21
2.3.2.4. Niveles de intervención del Trabajo Social con personas con trastornos mentales	24
2.4. Recursos y servicios específicos para personas con trastornos mentales	26
2.4.1. A nivel estatal.....	26
2.4.1.1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.	26
2.4.1.2. Planes, programas y proyectos	27
2.4.1.3. Instituciones de salud mental.....	28
2.4.1.4. Recursos como tal de salud mental	31

2.4.2. A nivel autonómico de La Rioja	31
2.4.2.1. III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016-2020.....	31
2.4.2.2. I Plan de Prevención del Suicidio en la Rioja	32
2.4.2.3. Programa de Terapia Asertiva Comunitaria	32
2.4.2.4. Instituciones públicas y privadas para personas con trastornos mentales	33
2.4.2.4.1. <i>Instituciones públicas para personas con trastornos mentales</i>	33
2.4.2.4.2. <i>Instituciones privadas para personas con trastornos mentales.....</i>	37
3. TRABAJO EMPÍRICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN LA RIOJA.....	42
3.1. Metodología	43
3.1.1. Delimitación de las unidades de análisis.....	43
3.1.2. Selección del método	45
3.1.3. Técnica de recogida de información: entrevista semiestructurada.....	46
3.2. Resultados y análisis cualitativo de las entrevistas.....	48
3.2.1. Los recursos y servicios que se ofrecen desde la entidad para las personas con trastorno mental	48
3.2.2. El proceso de intervención con personas con trastorno mental	51
3.2.3. Las funciones de los trabajadores sociales con personas con trastorno mental	53
3.2.4. Los modelos y niveles de intervención más comunes usados por la trabajadora social.....	54
3.2.5. Coordinación	54
3.2.6. La aplicabilidad del enfoque rehabilitador comunitario en la unidad de la entidad	55
3.2.7. Opinión profesional sobre los trastornos mentales	56
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	59
4.1. Discusión	59
4.2. Conclusiones	60
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
6. ANEXO.....	70
6.1. Cuestionario general para las entrevistas	70

1. INTRODUCCIÓN

Hemos escogido realizar el Trabajo Fin de Grado sobre la intervención de los trabajadores sociales con personas mayores de 18 años con trastorno mental ya que realmente nos interesa conocer más sobre el tema de la salud mental desde la perspectiva del Trabajo Social y, sobre todo, la intervención de dichos profesionales desde cualquier ámbito.

La labor de los trabajadores sociales es importante en cualquier ámbito y con cualquier colectivo. En los cuatro años cursados del Grado de Trabajo Social en la Universidad de La Rioja hemos dado asignaturas de salud, dependencia, discapacidad, exclusión social, extranjería...etc., pero ninguna relacionada con la salud mental. Bien es verdad que en la asignatura “Trabajo Social en salud” hay un tema dedicado a la salud mental, no obstante, no pude optar a la asignatura ni tampoco a la de “Trastornos de la conducta en el desarrollo humano”.

En el trabajo se ha optado por hacer un mayor uso del concepto de trastorno mental en lugar de enfermedad mental ya que es un término más genérico y amplio, además de que aparece recogido tanto en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (2013) como en la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión Modificación Clínica (2ª Edición - Enero 2018). No obstante, en algunos apartados aparecerá enfermedad mental ya que algunas organizaciones utilizan indistintamente ambos conceptos.

1.1. Fundamentación

La gran mayoría de personas conocemos a alguien con algún trastorno mental y/o quizás hayamos padecido alguno nosotros mismos en algún momento de nuestras vidas, aunque no haya sido crónico. Se van a mostrar ciertos porcentajes relacionados con los trastornos mentales a través de algunos estudios de cuántas personas padecen trastorno mental a nivel mundial, europeo, nacional y de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002 citado en RTVE, 2016), un 25% de la población sufrirá en algún momento de su vida algún trastorno mental, siendo los más frecuentes la depresión, la esquizofrenia, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo.

En los países de la Unión Europea, según el Informe Health at a Glance: Europe (2018, pág.11) en 2016 había un total de 84 millones de personas que presentaban algún problema de salud mental.

En cuanto a España, según Statista (2018), un 21% de la población presenta trastornos mentales.

Con respecto a La Rioja, según Miguel Ángel Ortega, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Pedro (citado en La Rioja, Casado M., 2018), comenta que hay “una prevalencia de entre el 14 y el 18% en población general de patologías psiquiátricas”.

Por lo tanto, podemos ver que la salud mental al igual que la física tiene un peso importante en la sociedad.

Una vez reflejados los datos estadísticos sobre el número de personas con trastorno mental, también tenemos que hacer referencia al estigma, el cual, según el III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020 (2016), provoca que muchas personas con trastorno mental no acudan a los recursos y servicios que hay a su disposición. Además, dicho estigma afecta a la creación de recursos y servicios, provocando con ello discriminación en muchos ámbitos, sobre todo en el laboral. Según el Instituto Nacional de Estadística (2017a citado en la Confederación Salud Mental España) sólo un 15,9% de personas con trastorno mental tienen empleo en España.

Por lo tanto, consideramos necesario realizar un estudio sobre los recursos que tenemos actualmente de aplicación a nivel estatal y de Comunidad Autónoma de La Rioja para conocer la realidad de carencia o no de los mismos. Cuando nos referimos a recursos, no solo haremos mención a las entidades públicas y privadas que tiene La Rioja para personas con trastorno mental, sino también al papel del trabajador social. Los trabajadores sociales somos un recurso en sí mismo, el cual puede y debe intervenir con toda la población, en la que podemos encontrar a las personas con trastorno mental.

Además de ello, queremos que este trabajo sirva como guía de información y orientación a la cual poder acceder para poder ayudar a personas con o sin trastorno mental, así como base de la cual partir para futuros proyectos de intervención.

1.2. Objetivos generales y específicos

Hemos establecidos tres objetivos generales. El primer objetivo general se desglosa en dos específicos y el segundo y el tercero en tres específicos.

1. Conocer el marco normativo sobre la salud mental.

1.1. Recoger la normativa internacional relacionada con creación de recursos y servicios para personas con trastorno mental y la intervención con los mismos.

1.2. Recoger la normativa estatal y autonómica de La Rioja relacionada con la salud mental y el papel del trabajador social en su intervención con personas con trastorno mental.

2. Analizar la figura del trabajador social en su intervención con personas adultas con trastorno mental.

2.1. Desarrollar brevemente la evolución histórica del Trabajo Social en Salud Mental a nivel general.

2.2. Descubrir el papel del trabajador social, sus funciones, modelos y niveles de intervención en relación con las personas con trastorno mental a nivel general y de Comunidad Autónoma de La Rioja.

2.3. Conocer la opinión sobre los trastornos mentales de los trabajadores sociales que trabajan con personas con trastorno mental en La Rioja.

3. Averiguar los recursos y servicios que hay para personas con trastorno mental de aplicación a nivel estatal y autonómico de La Rioja.

3.1. Indagar qué planes, programas y proyectos de intervención relacionados con la salud mental hay de aplicación a nivel estatal y autonómico de La Rioja.

3.2. Conocer qué entidades públicas y privadas hay para personas con trastorno mental de representación estatal y en la Rioja.

3.3. Conocer si las entidades públicas y privadas para personas con trastorno mental de La Rioja aplican el enfoque rehabilitador comunitario.

1.3. Partes del trabajo

El trabajo se divide en tres partes:

En primer lugar, tenemos el marco teórico formado por definición de conceptos sobre salud mental, más concretamente, lo que es el trastorno mental, la salud mental, el Trabajo Social Clínico, la rehabilitación en salud mental, recursos y servicios de salud mental y la percepción social sobre los trastornos mentales. Después, pasaremos a explicar el marco normativo sobre salud mental a nivel internacional, nacional y autonómico de La Rioja. Tras ello, desarrollaremos el Trabajo Social en Salud Mental compuesto por una breve explicación de la evolución histórica del Trabajo Social en salud mental y la figura del trabajador social en su intervención con personas con trastorno mental. Por último, abordaremos los recursos y servicios para personas con trastorno mental que hay de aplicación a nivel estatal y autonómico de La Rioja.

En segundo lugar, tenemos el trabajo empírico formado por la metodología, que está constituida por la delimitación de las unidades de análisis, la selección de métodos y la técnica de recogida de información utilizada. Además, dentro del mismo marco tenemos los resultados y el análisis cualitativo de la información.

Hemos realizado en primer lugar el marco teórico debido a la necesidad de obtener conocimientos previos sobre el tema para así poder hacer después el trabajo empírico que complemente la información general encontrada en las fuentes secundarias con un estudio de fuentes primarias.

En tercer y último lugar, desarrollaremos la discusión y las conclusiones del trabajo de acuerdo a fuentes secundarias y primarias obtenidas mediante un análisis de fuentes bibliográficas y un análisis cualitativo de cinco entrevistas.

2. MARCO TEÓRICO SOBRE EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL Y LOS RECURSOS Y SERVICIOS PARA PERSONAS ADULTAS CON TRASTORNOS MENTALES

Tenemos que obtener conocimientos sobre el Trabajo Social en salud mental, el marco normativo que fundamenta la intervención del trabajador social y los recursos y servicios para personas con trastorno mental de aplicación a nivel estatal y autonómico de La Rioja para poder pasar al trabajo empírico ya que es necesario tener una base teórica sobre la cual construiremos nuestra metodología.

En el marco teórico consideramos fundamentales cuatro apartados: definición de conceptos de salud mental, marco normativo sobre salud mental, el Trabajo Social en salud mental y los recursos y servicios para personas con trastornos mentales de aplicación a nivel estatal y autonómico de La Rioja.

2.1. Definición de conceptos sobre salud mental

A continuación, pasaremos a definir una serie de conceptos que irán surgiendo a lo largo del marco teórico y guiarán el trabajo empírico del mismo. Los conceptos por definir son seis: trastorno mental, salud mental, Trabajo Social Clínico, rehabilitación en salud mental, recursos y servicios de salud mental y percepción social.

2.1.1. Trastorno mental

Para definir este concepto utilizamos la definición proporcionada por la Confederación Salud Mental España y no la del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (2013) porque es una entidad representativa de la salud mental en este país y gracias a ella se han generado numerosos recursos y servicios que han ayudado a muchas personas. Además, el manual no permite el uso de sus términos, teniendo la obligación de solicitar autorización previa a la Asociación Americana de Psiquiatría.

Según la Confederación Salud Mental España (s.f.) lo define como:

Alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje,

el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

2.1.2. Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define la salud mental como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

2.1.3. Trabajo Social Clínico

Ituarte Tellaeche (1992, pág. 11) define el concepto como:

Forma especializada del Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social.

2.1.4. Rehabilitación en salud mental

López y Laviana (2007, pág. 203), afirman que este concepto se puede definir en función de las cuatro características que lo componen:

1. Una estrategia ya que pone el énfasis en el trabajo de las personas con respecto a sus diferentes habilidades y limitaciones, no con los síntomas, así como su protagonismo y participación activa.
2. Engloba al conjunto de las intervenciones sanitarias y sociales desde un enfoque global, que considera a la persona con su historia, intereses, expectativas, capacidades y problemas concretos, teniendo en cuenta el contexto micro y macrosocial en el que se desenvuelve.
3. Un nivel de intervención, puesto que trata de promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar a la persona con trastorno mental y reinsertarla en la sociedad.
4. Un conjunto de programas, en los que se incluyen programas de rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y psicoeducación personal y familiar.

2.1.5. Recursos y servicios de salud mental

Según el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020 (2013, pág. 43), “son los medios por los cuales se ponen en práctica las intervenciones eficaces de salud mental”. En este trabajo se quieren incluir: planes, programas, proyectos relacionados con la salud mental, entidades públicas y privadas en La Rioja para personas con trastorno mental, así como la labor del trabajador social con personas con trastorno mental, que a su vez es un recurso en sí mismo para la ciudadanía.

2.1.6. Percepción social

Marrero Irizarry (2002), profesor de psicología de la Universidad de Puerto Rico, explica que es una: “rama de la psicología social que estudia las maneras en que formamos y modificamos nuestras impresiones de los demás”. Actualmente, “la percepción social sobre los trastornos mentales sigue estando sesgada por la desinformación, el desconocimiento y los medios de comunicación”, según Adolfo Cangas (Sanitaria dos mil, 2014), profesor de la Universidad de Almería.

2.2. Marco normativo sobre salud mental

En el marco normativo necesitamos obtener conocimientos sobre qué normativas y leyes hay relacionadas con la salud mental y de qué forma orientan la intervención del trabajador social y fundamentan la creación de recursos y servicios para personas con trastorno mental.

Conocemos la existencia de otras normativas relacionadas con personas con trastorno mental, pero sólo haremos referencia a aquellas relacionadas con el Trabajo Social y la creación de recursos y servicios específicos para personas con trastorno mental.

Por ello, mencionaremos la normativa que hay a nivel internacional, nacional de España y autonómico de La Rioja en relación con la salud mental.

2.2.1. A nivel internacional

En este apartado mencionaremos cinco diferentes normativas: la Declaración de Luxor de 1989, la Resolución de Naciones Unidas 4/119 de diciembre de 1991, el Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa, la Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki y la Resolución WHA65.4 de mayo de 2012. Aunque existan otras normativas relacionadas con la salud mental, hacemos especial mención a estas porque son las que más se adecuan a nuestro trabajo en cuanto a la creación de recursos y servicios para personas con trastorno mental y la intervención con los mismos.

1. En la Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental, explican que los gobiernos de los Estados son responsables en la atención y promoción de la igualdad de derechos de la persona con trastorno mental. Los artículos 1, 3 y 7 de la Declaración recalcan la necesidad de intervención y de recursos para este colectivo.

2. La Resolución de Naciones Unidas 4/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social del colectivo. Incluye, también, la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, ideológicos o religiosos.

3. En el Libro Blanco sobre protección de derechos humanos y dignidad de personas que padecen trastorno mental (Comité de Dirección de Bioética. Consejo de Europa) – 2000 se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario,

los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para las personas con trastorno mental encarceladas.

4. La Declaración Europea de Salud Mental 2005, la cual señala cinco prioridades: “concienciar la importancia del bienestar mental, rechazar las discriminaciones y desigualdades, diseñar un sistema de salud mental, establecer profesionales competentes en las áreas de atención y contar con los usuarios para la planificación y desarrollo de la salud mental”.

5. En la Resolución WHA65.4 de mayo de 2012 se solicitó la necesidad de crear un plan de acción integral sobre la salud mental, dando lugar al Plan de Acción Europeo sobre Salud Mental 2013-2020, el cual tiene siete líneas estratégicas:

Promover el bienestar mental para toda la población, demostrar la importancia de la salud mental, rechazar el estigma y la discriminación, fomentar actividades de sensibilización, prevenir los problemas de salud mental y suicidio, asegurar un buen acceso a la atención primaria de salud y crear una red de servicios comunitarios que permitan la rehabilitación de las personas con trastorno mental en la Comunidad.

2.2.2. A nivel nacional de España

Para el trabajo recogimos tres normativas fundamentales: la Constitución Española de 1978, la Ley 14/1986 General de Sanidad y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

La Constitución Española de 1978, como el conjunto normativo institucional básico, regulador de la organización y ejercicio del poder del Estado y garantizador de los derechos y libertades de los ciudadanos y sus grupos, establece la protección de la salud mental en los artículos 43 y 49. Estos dos artículos son principios rectores y no derechos fundamentales, lo que implica que no vinculan a todos los poderes públicos.

Estos dos artículos se verán desarrollados en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Con ella se establece un común denominador aplicable en todas las Comunidades Autónomas, permitiendo que cada una desarrolle esa normativa estatal básica aplicándola a las peculiaridades de su territorio. Dentro del Título Primero, le dedica el Capítulo III a la salud mental, en concreto el artículo 20. En el apartado cuatro del presente artículo entra el rol del trabajador social y la importancia de su papel en garantizar el bienestar social de los ciudadanos.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se aplica a nivel estatal y cada Comunidad Autónoma lo va incorporando a su sistema de salud con los objetivos de garantizar equidad y establecer un contenido de servicios comunes de prestaciones sanitaria de la salud pública.

Con respecto a la salud mental, en sus anexos vienen los servicios que se prestan a nivel de atención primaria y especializada. En cuanto a la primaria, tenemos “actividades de prevención, promoción, detección, diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y los servicios sociales” (Anexo II.8, Real Decreto 1030/2006). Con respecto a la atención especializada “comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización” (Anexo III.7, Real Decreto 1030/2006).

La Comunidad Autónoma de La Rioja ha incorporado este Real Decreto.

Según Rioja Salud (s.f.), los servicios sanitarios primarios comprenderán: “actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social”. Mientras que, la atención especializada “comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad”.

Por lo tanto, se puede ver que, según toda la normativa desarrollada en este primer apartado, está destinada a proteger tanto la salud física como mental. Además de que establece la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, dando importancia al Trabajo Social y a la figura de los trabajadores sociales no sólo en el ámbito sanitario, sino también en el social.

2.2.3. A nivel autonómico de La Rioja

En la Comunidad Autónoma de La Rioja tenemos tres normativas fundamentales: la Ley 2/2002 de Salud, la Ley 7/2009 de Servicios Sociales y el Decreto 31/2011.

1. En La Rioja, siguiendo lo establecido en el artículo 9.5. de su Estatuto de Autonomía (Ley orgánica 3/1982), tenemos la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud que

se encarga de reconocer el derecho a la protección de la salud, de definir los derechos y obligaciones de los ciudadanos y de la ordenación general de las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas en La Rioja para promover, proteger y prevenir.

El artículo que podemos destacar de esta Ley es el 14. “Derechos relacionados con la calidad asistencial”, el cual nos explica que el ciudadano tiene derecho a recibir una asistencia sanitaria de calidad humana y a la incorporación de medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y promoción de la salud.

También tenemos el artículo 51. Salud Mental y Drogodependencias, el cual repite exactamente lo que nos explicaba el artículo 20 de la Ley 14/1986 General de Sanidad. En el apartado c del artículo se menciona la coordinación que debe haber con servicios sociales para una atención integral de las personas con trastorno mental. Ahí vuelve a entrar la figura del trabajador social y su intervención con dicho colectivo.

2. En cuanto a la Ley 7/2009 de Servicios Sociales de La Rioja, necesitamos mencionarla debido a la importancia que tiene en la fundamentación de la intervención del trabajador social con todos los colectivos existentes y la creación de la cartera de servicios y prestaciones sociales (Decreto 31/2011, de 29 de abril). En la ley, en el artículo 7, apartado j, se menciona la coordinación que debe haber entre servicios sociales y otros sistemas públicos de protección y la iniciativa privada, sobre todo, social. En los artículos 17 y 19 establece las funciones de los trabajadores sociales y en el artículo 25 la creación de la cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.

3. El anexo del Decreto 31/2011 está dividido en diferentes servicios y prestaciones para distintos colectivos (personas mayores, discapacidad, menores y familias, mujeres víctimas de violencia de género). No obstante, no hay ninguno específico para personas con trastorno mental, pero sí pueden acceder a diversos servicios y prestaciones ofrecidos en la cartera una vez valorados en alguno de los colectivos anteriores.

2.3. Trabajo Social y salud mental

Una vez que hemos definido los conceptos importantes para el trabajo y desarrollado brevemente el marco normativo que orientará la actuación del trabajador social y la creación de recursos y servicios, pasaremos a explicar dos subapartados: la evolución del Trabajo Social en salud mental y el papel de los trabajadores sociales con personas con trastorno mental.

2.3.1. Evolución histórica del Trabajo Social en salud mental

Necesitamos tener una breve perspectiva histórica para conocer los inicios y evolución del Trabajo Social en salud mental porque nos permite conocer el pasado para poder entender el presente y reflexionar con el fin de lograr un futuro mejor.

En la carrera hemos tenido varias asignaturas como “Historia Social y Económica”, “Conceptos y teorías del Trabajo Social”, “Metodología del Trabajo Social” ...etc. que hacen referencia a los orígenes del Trabajo Social en general, pero casi ninguna, con excepción de “Trabajo Social en Salud”, a la cual no pude optar, que hiciera referencia al Trabajo Social en Salud Mental.

A continuación, pasaremos a explicar los inicios, la transformación y la actualidad del Trabajo Social en salud mental.

2.3.1.1. Inicios

Según Regalado (2017) algunos conceptos y teorías del Trabajo Social Clínico aparecen con Mary Richmond, considerada como primera trabajadora social clínica, ya que en sus libros *Social Diagnosis* y *Social Case Work* (Richmond, 1917; Richmond, 1922), hace referencia a que los trabajadores sociales tienen que obtener conocimientos tanto de la dimensión ambiental (situación/entorno) como de la dimensión subjetiva (personalidad) del usuario, deben establecer la multicausalidad de los problemas sociales, solucionar problemas en el aquí y el ahora, ver a la familia como un recurso de la persona y creer en las capacidades de la persona, permitiendo que participe en las decisiones sobre su intervención (Munuera Gómez, 2011, pág. 17).

Garcés Trullenque (2010, págs. 334 – 335) afirma que el Trabajo Social Psiquiátrico tiene su origen en Estados Unidos a principios del siglo XX (1904). La especialización del Trabajo Social en los hospitales psiquiátricos surge como necesidad

de dar respuesta a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. La iniciativa de la incorporación de los trabajadores sociales se debe a Adolph Meyer, psiquiatra suizo, con el objetivo de ofrecer a los pacientes información sobre las intervenciones y en mejorar su situación dentro de las instituciones a través de actividades que estimularan las capacidades y potencialidades de los pacientes.

En España, el Doctor Sarró, influenciado por los centros de salud mental americanos, creó en 1953 una Escuela de Trabajo Social (“Escuela de Visitadoras Psiquiátricas”) dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico en Barcelona.

Durante estos primeros inicios, destacan las siguientes tres ideas:

1. La creación de equipos psiquiátricos, en los que se incluye la figura del trabajador social.
2. La necesidad de trabajar con las familias de las personas con trastorno mental.
3. El uso de métodos clínicos en Trabajo Social como forma de intervención.

2.3.1.2. Transformación

Durante la década de los 70, se inicia en Europa, la reforma psiquiátrica que tuvo como objetivos la apertura de los hospitales, la externalización de los enfermos y la búsqueda de inserción de estos en la comunidad. Salvador Carulla et al. (2002, págs. 301 - 303), explican que esta reforma se debió a tres causas: la insatisfacción con el régimen hospitalocéntrico, impuesto desde el siglo XV, una nueva posibilidad de tratar a los pacientes fuera del hospital con tratamientos farmacológicos y el surgimiento de movimientos sociales en Estados Unidos y Europa.

Con respecto al Trabajo Social, durante este periodo, en España, se observa una escasez de recursos sociales y la continuidad de la intervención benéfica-asistencial (Iglesia, administración pública...). Además, la asistencia psiquiátrica no era una prestación dentro de la Seguridad Social.

En los años 80 es cuando se produce un cambio en la concepción de la persona con trastorno mental gracias a la aprobación de la Ley General de Sanidad, la cual incluyó la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, como se puede ver en el artículo 20 mencionado en el marco normativo.

También, debido a la reforma que se había iniciado en Europa, España adoptó el modelo de psiquiatría comunitaria, el cual se basa en una serie de estrategias que tenían como fin el desplazamiento de la asistencia del hospital a la comunidad (Salvador Carulla et al., 2002, pág. 310).

En esos momentos, el objetivo del Trabajo Social en salud mental es normalizar al paciente en su entorno social. El trabajador social comienza a identificar los problemas, a definirlos y a utilizar intervenciones terapéuticas.

A partir de los 90, vuelven a darse problemas de acumulación excesiva de población con trastorno mental en el ámbito sanitario, volviendo a elaborarse a principios del siglo XXI estrategias y planes que permitieran la rehabilitación de la persona con trastorno mental en la comunidad.

2.3.1.3. Actualidad

Actualmente y desde hace unos años, la atención sanitaria en salud mental se lleva a cabo mediante una red de centros especializados distribuidos en los territorios de las Comunidades Autónomas (Hospitales Psiquiátricos, Unidades de Salud Mental, Unidades de rehabilitación, Centros de día...) en función de los planes de salud mental, que en el caso de La Rioja es el III Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2020 (2016), al cual se hará referencia más tarde.

También, a nivel estatal se impulsó la Estrategia en Salud Mental 2009-2013 (2006).

Con respecto a La Rioja, según el III Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2020, se crea en 1977 el Hospital Psiquiátrico Reina Sofía (cerró en 2009) orientado al asistencialismo, para después abrirse el Centro de Salud Mental Albelda de Iregua, cuyo objetivo principal es la rehabilitación comunitaria. Tras la implantación de la Ley General de Sanidad y el comienzo del proceso de reforma psiquiátrica, la intervención con personas con trastornos mentales tiene como objetivo la integración de estos en la comunidad. Desde entonces se han creado recursos y servicios para la rehabilitación en la comunidad de personas con trastorno mental, a los cuales haremos referencia en apartados posteriores.

2.3.2. El trabajador social en su intervención con personas con trastorno mental

Explicaremos cuatro puntos importantes: el papel del trabajador social con personas con trastorno mental, sus funciones, modelos y niveles de intervención para tener una visión general de todo ello y saber de dónde partir para el trabajo empírico.

2.3.2.1. El papel del trabajador social con personas con trastornos mentales

El trabajador social debe entender al individuo como una unidad biopsicosocial, siendo estas autónomas entre sí, pero relacionadas, esto proporcionará una guía para la intervención tanto en la situación social como en la situación de la persona (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Por ello, es importante que el profesional conozca en profundidad a la persona y a su entorno. Además, debe trabajar conjuntamente con otros profesionales con el fin de conseguir una rehabilitación e integración exitosa en la comunidad. El trabajador social incorpora la vertiente social a lo biológico y psicológico de los otros profesionales.

Los cambios que persigue el trabajador social son, sobre todo, en la relación interpersonal y en la situación social y familiar.

El trabajador social puede intervenir desde diferentes ámbitos (privado, público, concertado) con personas con trastorno mental: centros de servicios sociales, centros de salud, hospitales psiquiátricos, centros de día y asociaciones.

Según Garcés Trullenque (2010, pág. 343), en cada uno de estos ámbitos pueden atender a:

1. Usuarios continuos de la red de salud mental: son pacientes que acuden a recibir el tratamiento, en los que el caso requiere una intervención a medio-largo plazo y que se hace sobre la problemática sociofamiliar.
2. Usuarios en situación de crisis, estos acuden para hacer una consulta en un momento determinado de su vida. La intervención es a corto plazo y su problemática está más ligada al motivo de la consulta.

2.3.2.2. Funciones del trabajador social con personas con trastornos mentales

En función de la institución en la que se encuentre, el trabajador social tendrá unas funciones u otras, debiéndose coordinar en todo momento con los demás profesionales de atención (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros...etc.). Estas funciones se pueden dividir en generales con independencia de la entidad en la que se encuentre y específicas, las cuales sí dependen de la institución.

1. Las funciones generales de un trabajador social a la hora de intervenir con una persona con trastorno mental y/o sus familiares son, según la trabajadora social Hernández – Martín (2013, pág. 323), aparte de informar y tramitar prestaciones y recursos, son apoyar, acompañar, realizar seguimiento, ser el modelo referente para la familia y el usuario con el fin de que estos compartan sus opiniones y expresen sus emociones, ser generadores de grupos de autoayuda y ejercer psicoeducación con familiares.

2. En relación a las específicas, Becerra y Kennel (2016, págs. 134 – 140) explican algunas funciones dependiendo de la institución o entidad en la que se encuentre el profesional del Trabajo Social. Desarrollaremos las funciones del trabajador social en las instituciones psiquiátricas, centros de salud mental, centros de día y desde las unidades de Trabajo Social.

2.1. En los hospitales psiquiátricos, el trabajador social debe ofrecer un tratamiento integral de la persona a través de seis funciones específicas: entrevista de admisión al paciente y a su familia, trabajo con la familia para informarle sobre la evaluación del paciente, seguimiento de los casos, ofrecer charlas informativas a la comunidad para aceptar los trastornos mentales y disminuir el estigma hacia los trastornos mentales y realizar investigaciones.

2.2. En los centros de salud mental, el trabajador social tiene cinco funciones específicas: funciones promocionales de la salud mental a través de la educación sanitaria; funciones preventivas promoviendo la participación de la comunidad para la educación; funciones asistenciales informándose de las posibles prestaciones, actuar en la atención de los problemas sociales como crisis familiares, intentos de suicidios, brotes psicóticos; funciones de rehabilitación y resocialización trabajando la rehabilitación individual para obtener el máximo de aptitud social, conducta adecuada, aceptación y tolerancia entre individuo y medio ambiente; y funciones de investigación participando en el planeamiento y ejecución de las investigaciones epidemiológicas.

2.3. Según el Grupo de Trabajo de Salud Mental del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña (2001, págs. 14 – 16), en los centros de día para personas con trastorno mental, el fin de los trabajadores sociales es ayudar a las personas a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicológico y social. Desde una atención directa puede haber un trabajo individual a través de entrevistas con el usuario y la familia, estudio y evaluación de la situación

sociofamiliar, ayudar al usuario a adaptarse a los cambios y promover la socialización, promover la rehabilitación social y laboral, prevenir recaídas, fomentar la autonomía y apoyar e informar a la familia. También puede hacerse un trabajo grupal en el que se generan espacios de iguales con una misma problemática con el objetivo de que se desahoguen, fomenten el diálogo y la autoayuda, intercambien información, se detecten necesidades colectivas y se prevenga el aislamiento.

En cuanto a una atención indirecta está el trabajo de coordinación con el equipo multidisciplinar y el resto de los servicios del sistema de bienestar; el trabajo comunitario para sensibilizar, concienciar y visibilizar los trastornos mentales; gestión de recursos específicos; documentación, planificación, evaluación y formación continua del profesional.

2.4. Según una publicación en el Blog “No soy asistenta” (2013), estas serían las nueve funciones desempeñadas por los trabajadores sociales desde las Unidades de Trabajo Social: apoyo a las familias; apoyo en la búsqueda de empleo y de recursos de integración social; colaboración en el contacto y utilización de recursos comunitarios útiles para la integración social y laboral de personas con trastornos mentales; coordinación con otros recursos más específicos (hospitales psiquiátricos, centros de día, unidades de rehabilitación...etc.); coordinación con las asociaciones relacionadas con dicho colectivo; desarrollo de trabajos de investigación para la concienciación y sensibilización de los trastornos mentales; información y orientación a los usuarios y familias sobre los recursos que supongan mayor normalización e integración: formativos, laborales, educativos, de ocio...etc.; recopilación de información sobre los recursos existentes tanto, específicos para las personas con trastorno mental, como normalizados para su integración; y seguimiento del usuario.

2.3.2.3. Modelos de intervención con personas con trastorno mental

Los modelos de intervención más comunes usados por los trabajadores sociales con personas con trastornos mentales son cinco: el modelo psicosocial, el sistémico, el biopsicosocial, el de intervención en crisis y el conductual o cognitivo conductual.

1. El modelo psicosocial fue propuesto por Gordon Hamilton en 1937 e influenciado por el psicoanálisis. Este modelo tiene en cuenta el aspecto psicológico y social de la persona. Está enfocado en mejorar las relaciones interpersonales del usuario. Consideran a la persona desde un triple enfoque: el individuo, la situación y la

interacción entre ambas. Primero se tendrá que entender ciertos aspectos psicológicos para que el profesional pueda apoyar al usuario en sus problemas internos. Después se tendrán que comprender aquellos factores del entorno que están afectando al usuario y, por último, cómo los problemas internos del individuo acaban viéndose afectados por los factores del entorno y viceversa (Viscarret Garro, 2007, pág. 306).

El trabajador social a la hora de intervenir con personas con trastorno mental lo hace de manera directa e indirecta. Por el método directo, utiliza técnicas de apoyo de que “buscan crear actitudes favorables y positivas del usuario/paciente, involucrándolo activamente en su propio proceso de cambio” (Contreras Hermosilla, 2006, págs. 18 – 20). No obstante, también tendrá que hacer uso de su autoridad cuando la situación lo requiera.

En cuanto al método indirecto, el trabajador social adoptará un rol de mediador con los recursos institucionales y profesionales del entorno, movilizará recursos materiales para el usuario y actuará en el medio ambiente del mismo con el propósito de favorecer cambios positivos (Contreras Hermosilla, 2006, págs. 21 – 22).

2. Los conceptos teóricos del modelo sistémico provienen de la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy. El modelo sistémico aplicado al Trabajo Social determina que lo propio de esta profesión es lo social. No se consideran a los problemas como simples atributos de las personas, sino que surgen como resultado de interacciones y comunicaciones deficientes entre los diferentes sistemas. Por ello, la intervención del trabajador social debe estar orientada a mejorar la comunicación, la interacción del individuo con los sistemas que lo rodean y a enlazar a las personas con trastorno mental con aquellos sistemas que puedan ofrecerles recursos, servicios y oportunidades (Viscarret – Garro, 2007, págs. 335 – 340).

3. El modelo biopsicosocial parte de la Teoría General de Sistemas y fue creada por George L. Engel, psiquiatra norteamericano, en 1977. Este modelo surgió como respuesta al modelo biomédico. El enfoque biopsicosocial plantea que: “los factores biológicos, psicológicos y sociales son determinantes en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma” (Recio Martín et al., 2015, pág. 8).

El modelo aborda a la persona con trastorno mental de forma integral, reconociendo sus derechos, su autonomía, capacidades, enfatiza su interacción y el ambiente en el que vive (Organización Panamericana de la Salud, 2011, pág. 6).

Bien es verdad que no es un modelo utilizado exclusivamente por el trabajador social, sino, más bien por el equipo multidisciplinar de una entidad y que es el que actualmente está más extendido en salud mental. Por ello, el trabajador social a la hora de intervenir con personas con trastorno mental junto al resto de profesionales no sólo debe tener en cuenta los factores psicológicos (conductas, emociones, pensamientos, hábitos de vida) y sociales (relaciones interpersonales, intergrupales, el contexto cultural, comunitario, social, económico), sino también biológicos (genética, funcionamiento fisiológico, estructura) (Recio Martín et al., 2015, pág. 9).

4. El modelo de intervención en crisis fue desarrollado, principalmente, por Erich Linderman y Gerald Caplan a mitades del siglo XX. En la práctica los trabajadores sociales están constantemente en contacto con personas en situación de crisis y, sobre todo, si están trabajando en instituciones de salud mental. El profesional, a la hora de intervenir con una persona en crisis, debe hacerlo de manera activa y directiva, apoyando a la persona a obtener un estado emocional tolerable y a generar capacidades que permitan al individuo resolver sus problemas. La intervención se centra en el presente, es altamente centrada y configurada y “no debe prolongarse indefinidamente en el tiempo” (Viscarret – Garro, 2007, p. 312 – 316).

5. El modelo conductual o cognitivo conductual basa su fundamento teórico en el condicionamiento clásico de Pávlov, el condicionamiento operante de Thorndike y Skinner, y Bandura con el condicionamiento vicario. Desde el Trabajo Social, este modelo se puede aplicar para explicar “las conductas no deseables, los condicionantes a los que se ve expuesto el individuo, ya sea por las situaciones estimulares, por los refuerzos que recibe en su conducta, o por los modelos de observación a los que ha podido acceder” (Palacín Bartrolí, 2017, págs. 54-55). La tarea del trabajador social será definir la conducta problema, las condiciones que la determinan y fomentar conductas deseables. Para ello, hay una serie de pasos a seguir: “la exploración de pensamientos, sentimientos y conductas en relación al problema, teniendo en cuenta la frecuencia, intensidad y duración del mismo” (análisis funcional). Después se planifica la intervención estableciendo los objetivos y la conducta clave que queremos conseguir y, por último, evaluación y seguimiento de los cambios producidos (Palacín Bartrolí, 2017, págs. 54-55).

2.3.2.4. Niveles de intervención del Trabajo Social con personas con trastornos mentales

En Trabajo Social se puede intervenir con las personas con trastorno mental desde diferentes niveles, más concretamente, desde el individual/familiar, grupal y comunitario.

1. En Trabajo Social individual y familiar, el individuo con trastorno mental acude al trabajador social, en ocasiones, en momentos de crisis en los que se siente incapaz de sobrellevar su situación actual.

Por lo tanto, el profesional del Trabajo social, a veces, es la puerta de entrada a las diversas instituciones a las que acude el individuo o el seguimiento de la persona una vez visto por el psiquiatra/psicólogo/médico. En esos momentos, el trabajador social debe realizar un estudio y diagnóstico de la persona, su familia y el contexto social y cultural. Para ello, también tendrá en cuenta las emociones del individuo con el fin de conocer mejor su problema (Rosas - Sobarzo y Vallejos - Silva, 2011, p. 36).

No obstante, el trabajador social sólo podrá ayudar y apoyar a la persona, cuando ésta empiece a tener *insight* sobre su trastorno. El *insight*, según Esparza Moreno (2011, pág. 263) es: “la capacidad para reconocer la propia enfermedad, [...] sus consecuencias sociales [...] y la eficacia del tratamiento sobre la misma”.

El *insight* es un problema actual grave que afecta a muchas personas con trastorno mental, por ello, los trabajadores sociales podemos y debemos actuar en ayudar a la obtención de *insight* por parte de este colectivo. Para ello, el profesional puede hacer uso de la entrevista motivacional, que según Esparza Moreno (2011, pág. 268) es: “una técnica dirigida específicamente a que el enfermo mental encuentre razones para aceptar el tratamiento a pesar de que admita o no estar enfermo”. Este instrumento va a permitir favorecer “los cambios de conducta y hábitos insanos hacia estilos de vida más saludables [...], todo ello, a través de: la escucha reflexiva, mostrar empatía, llegar a un acuerdo y ser su compañero” (Esparza Moreno, 2011, pág. 266).

2. Generalmente, la intervención grupal desde el trabajo social con personas con trastorno mental se lleva a cabo en instituciones sanitarias con el fin de fomentar el desarrollo de las habilidades del paciente y mejorar sus relaciones interpersonales de manera conjunta. (Rosas - Sobarzo y Vallejos - Silva, 2011, pág. 38).

Pueden crearse grupos con pacientes o con sus familias. En los grupos con pacientes se pone el acento en las necesidades emocionales y los procesos psicológicos.

El trabajador social tiene que tener habilidades para captar con precisión cómo responde cada miembro en la intervención con el objetivo de explorar los problemas personales desarrollando estrategias para resolverlos.

Con respecto a los grupos de familias de los pacientes, el trabajador social puede crear grupos de autoayuda que permitan entender mejor la enfermedad, aprender a controlar las emociones, mantener las rutinas diarias, trabajar los prejuicios y las situaciones de carga y estrés.

3. Con respecto al Trabajo Social Comunitario, en este nivel es fundamental el concepto de Rehabilitación de Base Comunitaria:

Estrategia de atención que centra su diseño en la incorporación de la comunidad al proceso de rehabilitación, es la iniciativa de la comunidad que guía la labor técnica del equipo de rehabilitación, cambiando el rol tradicional clínico del equipo. La RBC desarrolla en las personas con discapacidad y sus familiares, habilidades que les permita integrarse y vivir en sociedad, es decir sumar a los aspectos biológicos de la rehabilitación los componentes psico-sociales. (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 7).

Para poder hacer un buen trabajo social comunitario en salud mental, se debe tener en cuenta el modelo de intervención biopsicosocial, anteriormente definido. Además, el trabajador social deberá trabajar en conjunto con un equipo comunitario multidisciplinar que aúne a diferentes profesionales.

También, se necesitará la participación activa de la persona con trastorno mental, sus familiares y demás miembros de la comunidad. Esta participación podemos materializarla en la toma de responsabilidad y control en el proceso de rehabilitación de las personas con trastorno mental, el compromiso de los líderes sociales y los servicios de salud en iniciar procesos de desarrollo que permitan una mejora en el acceso a los servicios, en la obtención de recursos y en la creación de oportunidades laborales (Organización Panamericana de la Salud, 2011, pág. 10).

Los objetivos del Trabajo Social comunitario en salud mental son la sensibilización, visibilización del colectivo, prevención y su efectiva integración en la comunidad.

2.4. Recursos y servicios específicos para personas con trastornos mentales

A continuación, pasaremos a explicar resumidamente los recursos específicos que hay de aplicación a nivel estatal y autonómico de La Rioja para personas con trastorno mental mayores de 18 años. En este trabajo, no nos centraremos en menores de edad puesto que ello daría lugar para la elaboración de otro tema.

Hemos decidido hacer este subapartado porque se considera importante conocer lo que ya se está haciendo y de qué forma funciona para poder ofrecer información y orientación adecuada. Además, si se realizan proyectos/programas de intervención se sepa lo que ya hay y no se repitan las mismas intervenciones.

2.4.1. A nivel estatal

A nivel estatal abordamos cuatro puntos: la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013; planes, programas, proyectos; instituciones de salud mental; y recursos de salud mental.

2.4.1.1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013

Esta estrategia se aplica en todas las comunidades autónomas, las cuales la toman de referencia y suponen la base para la elaboración de sus propios planes de salud mental.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad inició la elaboración del proyecto de la Estrategia en Salud Mental y fue aprobada en diciembre de 2006.

Es un proceso dinámico y, temporalmente indefinido, así como un referente de autoridad y prestigio científico sobre salud mental. Está compuesta por los resultados de la evaluación de la anterior estrategia, información técnica y científica, la modificación de datos y el establecimiento de nuevos objetivos. Su objetivo principal es contribuir a la mejora de la calidad de las intervenciones y resultados en salud mental de forma realista, dependiendo de los recursos disponibles y de las Comunidades Autónomas (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, pág. 9).

Persigue seis líneas estratégicas, las cuales orientarán la creación de recursos y servicios para personas con trastorno mental y la coordinación entre los sistemas públicos de protección:

1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de los trastornos mentales y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
2. Atención a los trastornos mentales.

3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
4. Formación del personal sanitario.
5. Investigación en salud mental.
6. Sistema de información en salud mental.

2.4.1.2. Planes, programas y proyectos

Como consecuencia de la Estrategia en Salud Mental 2009 – 2013, se han creado en estos últimos años una serie de planes, programas y proyectos de aplicación estatal para personas con trastorno mental. Los más relevantes para el trabajo son los siete siguientes: el Plan de Igualdad, Programa de promoción de la salud mental y prevención de la exclusión, Programa de promoción y mejora de la calidad, Programa Puente de Mediación Social, Programa de formación para el empleo, el Proyecto In-Formándonos y el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria.

1. La Confederación Salud Mental España (2018a) ha creado un Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres con el fin de luchar contra las desigualdades de género y la salud mental. Tiene una vigencia de cinco años. La puesta en marcha de este plan se ha hecho visible en diferentes acciones y servicios de Salud Mental España, así como la realización de talleres y guías como, por ejemplo: la Guía de formación básica en salud mental desde una perspectiva de género.

2. El Programa de promoción de la salud mental y prevención de la exclusión está financiado desde el 2012 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Este programa refuerza las estructuras, actividades y servicios de asociaciones y federaciones uniprovinciales. Los objetivos son disminuir el estigma social hacia las personas con trastorno mental, informar mejor sobre la salud mental y promover la defensa de sus derechos (Confederación Salud Mental España, 2017b).

3. El Programa de promoción y mejora de la calidad se ofrece a las entidades de la red de Salud Mental España para participar en actividades que permitan realizar un análisis de sus estructuras, servicios y actividades que ofrecen para mejorar el buen gobierno de las entidades y potenciar el trabajo en red (Confederación Salud Mental España, 2018b).

4. El programa Puente de Mediación Social se ofrece a los centros penitenciarios, hospitales psiquiátricos, centros de inserción social y a las redes de salud mental comunitaria para facilitar la reincorporación social de las personas con trastorno

mental que han pasado por estas instituciones (Confederación Salud Mental España, 2018c).

5. El Programa de formación para el empleo: desde el 2004, la Confederación de Salud Mental España participa en los concursos públicos de Inserta Empleo (empresa de la Fundación ONCE) con el fin de ofrecer acciones formativas específicas en empleo y seguimiento para personas con trastorno mental, todo ello, mediante talleres y una serie de actividades (Confederación Salud Mental España, 2014).

6. En cuanto al Proyecto In-Formándonos: La autonomía es un derecho (2017), la Confederación Salud Mental España puso en marcha este proyecto con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental, promover su empoderamiento mediante información, formación y asesoría jurídica. Esto se ha materializado a través del Servicio de Orientación en Salud Mental (teléfonos y correos electrónicos), además de la realización de un curso en Madrid (Confederación Salud Mental España, 2017c).

7. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria: según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (págs. 81 – 82), su objetivo es “integrar las actividades de promoción y prevención en la práctica asistencial de las consultas de atención primaria y detectar situaciones o «desajustes» que hagan a la población vulnerable a un trastorno mental”. Se aplica en los centros de salud de todo el Estado y está formado por una serie de recomendaciones para el adulto en atención primaria.

2.4.1.3. Instituciones de salud mental

Las más representativas a nivel estatal para las personas con trastorno mental son cinco: la Confederación Salud Mental España, la Organización No Gubernamental (ONG) Teléfono de la esperanza, la Fundación Diagrama Intervención Psicosocial, la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia y la Confederación Española de Alzheimer.

No obstante, existen numerosas instituciones que representan a los profesionales de la psiquiatría, psicología y trabajo social en salud mental, a las cuales haremos referencia, pero no desarrollaremos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Asociación Española de Patología Dual, Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, Federación

Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, Sociedad Española de Medicina Psicosomática, Sociedad Española de Psicogeriatría, Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

1. En cuanto a la Confederación Salud Mental España, según su página web, surgió en 1983, iniciándose como una “entidad sin ánimo de lucro y de interés social”. Actualmente, está formada por 19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales. Sus objetivos principales son:

- Defender el derecho de una atención de calidad e individualizada a todas las personas con trastornos mentales en el ámbito comunitario.
- Asegurar la igualdad de oportunidades y la promoción de la salud mental en la población.

Esta entidad realiza muchos programas, algunos nombrados anteriormente, promoción de la salud mental a través de campañas, concursos y materiales de comunicación, servicios de orientación, información, asesoramiento legal, formación para entidades miembro, comunicación y sensibilización.

Una de sus federaciones se encuentra en La Rioja, más concretamente, en Logroño con desplazamientos semanales a Arnedo.

2. Con respecto al Teléfono de la esperanza (s.f.), según su página web, se trata de una “ONG de voluntariado y acción social que tiene como misión principal promover la salud emocional de las personas, sobre todo, de aquellas que se encuentran en una situación de crisis”. Esta entidad ofrece diversos servicios como:

- Intervención en crisis mediante:

- Llamada telefónica.
- Intervención con entrevista profesional y talleres grupales.

- Promoción de la salud mental a través de talleres, cursos y publicaciones de revistas y artículos.

- Promoción y formación del voluntariado.

- Cooperación internacional y para el desarrollo.

3. En relación a la Fundación Diagrama Intervención Psicosocial (s.f.), según su página web, “es una entidad sin ánimo de lucro” que inició su labor en 1991 para atender a personas vulnerables y con dificultades sociales. Trabaja las siguientes áreas: socioeducativa, sociosanitaria, sociolaboral, investigación y formación, cooperación

para el desarrollo y comunicación y sensibilización. Dentro del área sociosanitaria, desde un modelo biopsicosocial, la fundación fomenta la creación de servicios, programas y centros para atender a diferentes colectivos, entre ellos, las personas con trastorno mental. Más concretamente están realizando un programa de apoyo psicoterapéutico para familiares de personas con problemas de adicción y/o patología dual en Murcia. No obstante, en La Rioja no están llevando a cabo ningún programa relacionado con trastornos mentales.

4. Con respecto a la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia, según su página web, está formada por diferentes asociaciones en distintas comunidades autónomas de España.

Sus objetivos son tres: “fomentar soluciones sociales, sanitarias y educativas para prevenir y tratar la anorexia y bulimia; fomentar códigos de buenas prácticas para las asociaciones, medios de comunicación y otras diversas entidades; promover la coordinación entre las distintas asociaciones existentes y las administraciones” (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia, s.f.).

Sus actuaciones son: atender a las familias y a los usuarios, prevención, sensibilización y concienciación social. La atención se ofrece a través de información, orientación, toma de conciencia, acompañamiento y motivación.

En cuanto a la prevención, sensibilización y concienciación social, se hace mediante los medios de comunicación, los colectivos de profesionales y las instituciones públicas.

5. En relación a la Confederación Española de Alzheimer, según su página web (s.f.):

Es una Organización no Gubernamental de ámbito nacional, cuya meta reside en trabajar para poner el Alzheimer en la agenda política, buscando el necesario compromiso social y poniendo en valor el conocimiento para poder representar y defender los intereses, necesidades y derechos de todas las personas que conviven con el Alzheimer.

Tuvo su origen en 1990 y está formada por más de 300 asociaciones en diferentes Comunidades Autónomas, una de ellas está en La Rioja, Logroño.

La confederación realiza proyectos de investigación sociosanitaria y con entidades, jornadas y campañas de sensibilización. Mientras que en cuanto a los servicios que ofrece mediante sus asociaciones son muy diversos: acogida, información, formación, asistencia psicológica, grupos terapéuticos, ayuda a domicilio, fisioterapia,

terapias, unidades de respiro, centro de día, residencias especializadas en alzhéimer, estancias diurnas, tutela y programas vacacionales.

2.4.1.4. Recursos como tal de salud mental

A nivel estatal tenemos un portal denominado “Diversamente” y la plataforma nacional sin sujeciones.

1. El portal denominado “Diversamente” es una página web ideada por profesionales en salud mental que reúne datos sobre qué se debe hacer ante un problema de salud mental, experiencias reales y diferentes espacios para el apoyo mutuo. Fue creado por el Comité Pro-Salud Mental (Confederación Salud Mental España, 2018d).

2. La Fundación ONCE creó la Plataforma Nacional Sin Sujeciones para que sea aplicada a todas las entidades en las que se atiende a personas mayores dependientes, personas con discapacidad y personas con trastorno mental con el fin de ofrecer a estas la posibilidad de optar a planes de cuidados libres de sujeciones físicas y farmacológicas (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, 2017).

2.4.2. A nivel autonómico de La Rioja

En La Rioja abordaremos cuatro puntos: el III Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2020 (2016), el I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja, el Programa de Terapia Asertiva Comunitaria e instituciones públicas y privadas para personas con trastorno mental.

2.4.2.1. III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016-2020

Tomando como base y referencia la Estrategia de Salud Mental, La Rioja creó el III Plan Estratégico de Salud Mental 2016 – 2020.

En el plan se recogen la identificación de los problemas de salud más importantes, el diagnóstico de la situación, análisis de los factores determinantes de dichos problemas en La Rioja y el diseño de las líneas estratégicas de intervención con sus objetivos. Tiene siete líneas estratégicas, las cuales orientan la creación recursos y servicios:

1. Promoción de la salud mental.
2. Prevención de los trastornos mentales.
3. Asistencia a los trastornos mentales.
4. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.

5. Actuaciones frente a la discriminación y lucha contra el estigma social de las personas con problemas de salud mental.
6. Formación a los profesionales e investigación en salud mental.
7. Calidad y evaluación en los servicios de salud mental.

2.4.2.2. I Plan de Prevención del Suicidio en la Rioja

Su creación sigue una de las líneas estratégicas del III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020 y de la Estrategia de Salud Mental 2009 – 2013, que es la prevención. Su objetivo general, según Rioja Salud, “es reducir la incidencia y prevalencia de la conducta suicida” (Gobierno de La Rioja, 2018). De ese objetivo general, surgen cuatro líneas estratégicas:

1. Detección, abordaje y prevención de la conducta suicida e intervención con personas que han perdido a un ser querido por suicidios.
2. Formación a profesionales e investigación.
3. Información y comunicación para visibilizar la conducta suicida y reducir el estigma.
4. Colaboración y coordinación.

En cuanto a las medidas concretas, el plan crea un Programa de Prevención de la Conducta Suicida. Se trata de un sistema de seguimiento y supervisión continuo y asistencial de las personas que han intentado suicidarse, habiendo sido atendidas previamente por los servicios de urgencia.

Además, también prevé la prevención a través de campañas de información y sensibilización sobre el suicidio. Han otorgado a los medios de comunicación una guía de recomendaciones sobre cómo informar cuando una persona ha muerto por suicidio (Europa Press, 2018b).

2.4.2.3. Programa de Terapia Asertiva Comunitaria

José Ignacio Cenicerros, presidente del Gobierno regional, ha propuesto la creación de un Programa de Terapia Asertiva Comunitaria a lo largo del 2019, para personas con trastornos mentales graves. Su base está en el Hospital General de La Rioja en Logroño y se coordinará con los demás dispositivos de salud mental.

Su objetivo principal es prestar: “una atención integral, flexible, individualizada e intersectorial (servicios sociales, salud, vivienda, educación y justicia)”. La intervención se prestará en el entorno del paciente por parte de un equipo multidisciplinar, el cual está formado por psiquiatra, enfermero/a y auxiliar. Según el presidente, atenderá a unos 30 pacientes al año (Europa Press, 2018a).

A cada paciente se le elaborará un proyecto individualizado de tratamiento, en el que se llevarán a cabo actividades de cuidado, lúdicas, experienciales, de contención conductual, entrenamiento social, recuperación de déficits...etc.

2.4.2.4. Instituciones públicas y privadas para personas con trastornos mentales

Las instituciones que presentaremos a continuación se dividirán en públicas y privadas y corresponden algunas a la red de salud mental y otras a servicios sociales.

2.4.2.4.1. Instituciones públicas para personas con trastornos mentales

En La Rioja, nos podemos encontrar lo siguiente: Unidades de Salud Mental y Conductas Adictivas de los Centros de Salud; Unidad de Corta Estancia del Hospital San Pedro; Unidad de Media Estancia, Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área y Hospital de Día del Hospital General de La Rioja; Unidad de Trastornos Alimenticios; Centro de Salud Mental Albelda de Iregua y Unidades de Trabajo Social.

1. Unidades de Salud Mental y Conductas Adictivas

Son los dispositivos de entrada y seguimiento comunitario a la Red de Salud Mental. Estas unidades se encuentran ubicadas en el Centro de Salud Espartero y Siete Infantes de Lara en Logroño, Centro de Salud de Calahorra, Arnedo, Cervera, Haro, Nájera y Santo Domingo.

Desde estos centros se ofrece una atención sanitaria integral por parte de un equipo interdisciplinar, formado por un psiquiatra, un psicólogo clínico, un enfermero especializado en salud mental, personal administrativo y auxiliar de enfermería. Sus objetivos principales son “promoción de la salud mental, diagnóstico precoz, mejoría psicopatológica y conductual del paciente desde la asistencia en la comunidad y coordinación con la Red de Salud Mental” (III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020, págs. 35 – 36).

Según la Memoria 2017 del Área de Salud de La Rioja (pág. 30), las unidades de salud mental atendieron 40.678 consultas externas en el servicio de Psiquiatría.

2. Unidad de Corta Estancia (agudos) Hospital San Pedro

Según el III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020 (pág. 37), se encuentra en la séptima planta del Hospital San Pedro. Atiende los casos remitidos de las Unidades de Servicios Mentales con el fin de apoyo en el momento evolutivo de la

enfermedad que requiera hospitalización, diagnóstico precoz y mejoría. Dispone de 18 camas.

El equipo interdisciplinar está formado por médicos psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, auxiliares de enfermería y personal administrativo.

Según la Memoria 2017 Área de Salud de La Rioja (pág. 29), durante dicho año hubo 2.305 pacientes y 3.264 estancias.

2. Hospital General de La Rioja, formado por Unidad de Media Estancia, Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área y el Hospital de Día.

2.1. Unidad de Hospitalización de Media Estancia

Trata con pacientes que presenten una patología psíquica con una evolución subcrónica a través de tratamiento, cuidado y rehabilitación.

El equipo interdisciplinar está formado por médicos psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermería, trabajador social y personal administrativo.

Cuenta con 26 camas y sus objetivos son “mejorar la psicopatología y conducta del paciente, evitar la desvinculación del entorno sociofamiliar, rehabilitar déficits, potenciar el autocuidado y coordinación” (III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020, pág. 38).

2.2. Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área

Esta Unidad inició su funcionamiento en 1996 para la rehabilitación psicosocial comunitaria, orientado al tratamiento de trastornos mentales severos con el fin de evitar la cronicidad y el posible deterioro de los mismos.

El equipo multidisciplinar está constituido por psicólogo clínico, enfermero especialista en salud mental, trabajador social, terapeuta ocupacional, tres auxiliares de enfermería y auxiliar administrativo de apoyo. Se trabaja de manera individual y grupal con el fin de integrar al paciente en su entorno, evitar la hospitalización, cronificación y las recaídas y coordinación (III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020, págs. 39 - 40).

Tuvo 39 pacientes durante el 2017 según la Memoria 2017 Área de Salud de La Rioja (pág. 42).

2.3. Hospital de Día de Salud Mental

Está ubicado en el Hospital de La Rioja, comenzó a funcionar en marzo de 2017 y según la Consejera de Salud, María Martín Díez de Baldeón, ha permitido que “78 personas reciban más de 4.000 sesiones de atención integral mientras mantienen su vínculo social y familiar, logrando el objetivo de reducir en un 12% los ingresos con hospitalización”.

Según José Ignacio Ceniceros, presidente de La Rioja, atiende a pacientes con trastorno de salud mental grave (esquizofrenia y trastornos bipolares).

Este hospital es un recurso terapéutico a corto/medio plazo para atender pacientes que pueden mantenerse en su entorno social y familiar, sin tener que ingresar en un hospital.

El equipo de profesionales está formado por un psiquiatra, un psicólogo, dos enfermos, dos auxiliares de enfermería y un terapeuta ocupacional.

Los objetivos son: “observación, diagnóstico y ajuste psicofarmacológico, mejorar la resolución de episodios agudos, contención y manejo conductual en desestabilizaciones psicopatológicas, prevención de recaídas y mejora de la dinámica familiar y o ambiental”.

Según la Memoria 2017 Área de Salud de La Rioja (pág. 42), durante dicho año hubo 49 ingresos, 68 altas y 2.593 estancias.

3. Centro de Salud Mental Albelda de Iregua (anteriormente Hospital Psiquiátrico Reina Sofía)

Este centro tiene como fin atender y tratar a pacientes con trastorno mental severo y alta dependencia psiquiátrica que requieran un periodo largo de tratamiento especializado. El proyecto asistencial está basado en el modelo de rehabilitación biopsicosocial, orientado a la reinserción familiar y social. El Centro está compuesto por: Unidad de Larga estancia, Unidad de Gerontopsiquiatría y enfermos mentales sociosanitarios y Unidad de minusválidos psíquicos. Cuenta con un total de 140 camas. (III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020, pág. 38).

Según la Memoria 2017 Área de Salud de La Rioja (pág. 52), nos explica que en el 2017:

- En Gerontopsiquiatría, hubo 87 camas funcionantes y 68 ingresos.
- En la Unidad de Psiquiatría larga estancia hubo 30 camas funcionantes y 24 ingresos.

- En la Unidad de minusválidos psíquicos, ha habido 20 camas funcionantes y 15 ingresos.

Tenemos un total de 107 ingresos en el año 2017.

El equipo interdisciplinar está formado por médicos psiquiatras, generales, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, auxiliares de enfermería y personal administrativo.

4. Unidad de Trastornos Alimenticios

Según el III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020 (pág. 40) “se trata de un dispositivo asistencial de tratamiento activo y específico de los trastornos de la conducta alimentaria”. Esta unidad está formada por una “consulta de psicología clínica, específica para TCA (un día a la semana), ubicada en la Unidad de Salud Mental de Espartero y una consulta de médico endocrino, a demanda, ubicada en Hospital San Pedro” (III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020, pág. 40). El comedor terapéutico del Hospital General de La Rioja ya no se encuentra en funcionamiento.

Sus objetivos principales son la rehabilitación nutricional, de déficits, adecuación de la conducta, fomentar el autocuidado, coordinación y ofrecer cuidados terapéuticos al paciente evitando la ruptura con su entorno sociofamiliar (III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020, pág. 40).

5. Unidades de Trabajo Social

En La Rioja hay un total de 26 Unidades de Trabajo Social (UTS), de las cuales: nueve están en Logroño, diez en la Rioja Alta y siete en la Rioja Baja. Éstas son la estructura física que alberga a los profesionales que actúan en una zona y cada municipio debe disponer al menos de una UTS.

Desde dichas unidades, según la Memoria 2017 Área de Salud de La Rioja (pág. 57), atendieron 827 consultas sobre trastorno mental.

Las unidades de Trabajo Social constituyen el primer contacto de las personas con el Sistema Público de Servicios Sociales y entre sus funciones podemos destacar la detección, análisis y diagnóstico de situaciones de riesgo y necesidad social, información y orientación sobre otros recursos y servicios, prevención de situaciones de riesgo, promoción de la inserción social de colectivos desfavorecidos...etc.

Por lo tanto, estas unidades son fundamentales a la hora de coordinarse con otras entidades, sobre todo, sanitarias para el seguimiento y evaluación de personas con trastorno mental en su entorno próximo.

2.4.2.4.2. Instituciones privadas para personas con trastornos mentales

Como instituciones privadas específicas para personas con trastornos mental están las siguientes cuatro: Asociación Riojana de Familiares y Enfermos psíquicos, Teléfono de la Esperanza La Rioja, la Asociación de Trastornos de La Conducta Alimentaria de La Rioja y la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la Rioja. No obstante, hay otras asociaciones que llevan a cabo programas para dicho colectivo, como es el caso de la Asociación Riojana para la atención a personas con problemas de drogas y la Fundación Centro de la Solidaridad de La Rioja.

Además, también haremos una lista con casi todas las consultas/gabinetes/despachos privados de psicología y psiquiatría que hemos podido encontrar en La Rioja.

1. Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos (A.R.F.E.S. – PROSALUD MENTAL)

Según su página web se trata de una entidad miembro de la Confederación Salud Mental España desde 1984.

Hay una en Logroño y desde ahí hacen desplazamientos semanales a Arnedo. La diferencia principal es que en Logroño cuentan con más programas y servicios que en Arnedo.

Esta asociación atiende a personas discapacitadas diagnosticadas de trastornos mentales graves y crónicos y a sus familiares. Su objetivo principal es “la rehabilitación social y laboral a través de diferentes servicios y programas” que se desarrollan en diferentes centros:

1.1. El centro de orientación y tratamiento es un centro especializado de atención diurna, el cual ofrece nueve servicios y programas: información, orientación y asesoramiento; valoración y diagnóstico; tratamientos (trabajo social, psicología, psicoterapia) y orientación domiciliaria; intervención familiar; respiro familiar; escuela de familias: formación, grupos de autoayuda, terapias grupales...etc.; asesoría jurídica; programa de vacaciones para grupos de familiares; y programa de formación de voluntariado en salud mental.

1.2. El centro de ocupación – laboral es un centro de servicios sociales de atención diurna, se llevan a cabo cuatro programas y servicios: programa de formación laboral, de iniciación productiva, de apoyo a la integración laboral y de educación de adultos. El último programa se lleva a cabo a través de diferentes proyectos: de educación integral, psicoeducación y ajuste personal y habilidades sociales. Se dividen en tres grupos los participantes del programa, trabajándose con ellos, cada día de la semana, un área diferente (matemáticas, lengua, memoria, actualidad...etc.).

1.3. El centro especial de empleo es un centro dependiente de ARFES, cuya finalidad es asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios a las personas con discapacidad por trastorno mental. La actividad principal es la confección industrial de distintas prendas laborales.

1.4. En el club social se trabaja el área y el ocio y tiempo libre, así como el servicio de respiro familiar. También tienen un programa de vacaciones y colonias de verano, así como un club deportivo.

2. Teléfono de la Esperanza La Rioja

Según su página web, se puso en funcionamiento en 2004 en Logroño, formando parte de la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza. Esta asociación lleva a cabo cinco actuaciones: intervención en crisis y prevención del suicidio, salud emocional, enseñar a ayudar, cooperación al desarrollo, sensibilizar y prevenir el desarrollo. Estas actuaciones las llevan a cabo a través de los siguientes recursos y servicios: orientación telefónica permanente; asesoramiento e intervención profesional realizado por trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y abogados; grupos de apoyo y talleres para crisis específicas; grupos de autoayuda y formación, cursos para fomentar el bienestar emocional, formación para padres y talleres de trabajo; estudios de análisis de las causas en una crisis y elaboración estrategias para prevenir y promocionar la salud; charlas formativas en centros sanitarios, educativos y sociales de La Rioja, jornadas, conferencias y concursos.

3. Asociación de Trastornos de La Conducta Alimentaria de La Rioja

Según su página web pertenece a la Federación Española de Asociaciones de Anorexia y Bulimia. Su sede está en Logroño.

Su equipo profesional está constituido por trabajadora social, psicóloga y voluntarios.

Sus objetivos son similares a la Federación y sus actuaciones consisten en ofrecer conferencias y charlas informativas en diferentes ámbitos, participar en medios de comunicación, organizar actividades sociales y realizar campañas informativas. También tienen formados cuatro grupos: grupos psicoeducativos, de prevención y motivación al tratamiento, de ayuda para familiar y de acogida.

4. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la Rioja (AFA-Rioja)

Según su página web se constituye en 1993 para “mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y de sus familias”. Su equipo técnico está formado por: psicóloga, trabajadora social, masajista, tres terapeutas ocupacionales, musicoterapeuta y un auxiliar.

Sus objetivos principales son la consecución de una atención integral de la persona con Alzheimer a través de los siguientes recursos y servicios: información, orientación, asesoramiento, talleres de estimulación cognitiva, atención psicóloga individualizada, grupos de apoyo para familiares, asesoría jurídica, jornadas y sensibilización.

5. Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas (ARAD)

La asociación se coordina con la Red de Salud Mental del Gobierno de la Rioja, Consejería de Salud del Gobierno de la Rioja. Fruto de esta coordinación ha surgido un programa.

Este programa tiene sus inicios a mediados del año 2009. El fin que persigue es “la rehabilitación y reinserción de usuarios drogodependientes remitidos por la Red de Salud Mental y por la propia asociación a través de la realización de grupos terapéuticos y actividades lúdico-deportivas” (Asociación Riojana para la atención a personas con problemas de drogas, 2017). Dentro de los grupos terapéuticos hay dos tipos:

- Los permanentes en los que se realizan actividades tales como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol, relajación, educación para la salud, prevención de recaídas, resolución de problemas y grupos de familiares.
- Los variables, cuya formación dependerá del número y/o características de los usuarios, en ellos se hacen grupos de autoapoyo, entrenamiento cognitivo y musicoterapia.

Con respecto a las actividades de ocio se realiza informática, guitarra española y el deporte.

Este programa atendió a un total de 113 personas, según la Memoria 2017 Consejería de Salud (pág. 77), de los cuales 87 fueron hombres y 26 mujeres.

6. Fundación Centro de la Solidaridad de La Rioja (Proyecto Hombre)

Según su página web se trata de una fundación la cual ofrece numerosos programas para tratar y rehabilitar a personas con adicciones. Entre dichos programas, hay uno para personas con trastornos mentales y adicciones, denominado “Programa de Patología Dual”. La labor principal es trabajar con ellos en su entorno social y con profesionales de la psiquiatría.

No cuentan con trabajadora social para el programa.

7. Consultas privadas

En este apartado, pondremos una lista con casi todas las consultas/despachos/gabinetes/centros de ámbito privado que se pudieron encontrar en La Rioja que llevan a cabo diferentes terapias con personas mayores de edad con trastornos mentales. Todas ellas tratan, sobre todo, la ansiedad y la depresión, y solo algunos pocos, los que cuentan con psiquiatras, tratan trastornos obsesivo-compulsivos, bipolares, psicóticos y de la personalidad. Tanto la información como los nombres de estas empresas privadas los obtuvimos a través de la Web Páginas amarillas.

7.1. En Logroño, se encontró un total de 27 consultas privadas: PsicoRioja: Centro de Psicología y Psiquiatría, Gabinete de psicología M^aElena Cuevas, Psicológicamente, Gabinete Psicológico Psicobrain Raquel Berdejo, Adara Centro de Psicología y Formación, Charo Ajamil - Centro de Psicología y Psicoterapia, Psicoter, Teresa Gildiez, Psico 360 Centro de Psicología, Charo Ajamil Oliván, PsicoLuc, Olga Pascual Psicólogo Clínico, Esther Balsa - Gabinete Psicológico, Ana María Calleja Psicóloga, Ab Psicólogos, Angélica Hessel, Psicologo - Centro De Psicología Y Desarrollo, Centro Alecea - Pedro Bella Pérez, Noelia B. Ibañez Ibañez, Madgalena García Garrido - Elena Anguiano García , Ana Ceballos, Psychology, Ana Isabel Fernandez Nieto, Cristina Mazón Arechederra- Psicologo Clinico-Psicoterapeuta niños-adolescentes y adultos, José Enrique Oraá Baroja, Isabel Tre Olabuenaga y Juan Pablo Sáenz Domínguez.

7.2. En Calahorra se encontraron tres consultas: Psicología Psicoterapia Calahorra Raquel y Gloria, M.^a Esther Barco y Centro De Psicología Cristina Calvo.

7.3. En Alfaro un centro: Centro De Psicología Cristina Calvo

7.4. En Haro, un gabinete: Marta Rodríguez Planillo

7.5. En Arnedo dos centros: Centro de Bienestar Emocional y Centro de Psicología Ana Calvo Muro.

3. TRABAJO EMPÍRICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN LA RIOJA

El trabajo empírico se compone de dos partes: metodología con la delimitación de las unidades análisis, selección del método de investigación y técnica de recogida de información (entrevista semiestructurada); y resultados y análisis cualitativo de las cinco entrevistas dividido en ocho categorías (los recursos y servicios que se ofrecen desde la entidad para las personas con trastorno mental, el proceso de intervención con personas con trastorno mental, las funciones de la trabajadora social, los modelos y niveles de intervención más comunes usados por la trabajadora social, coordinación, la aplicabilidad del enfoque rehabilitador comunitario en la entidad y opinión profesional sobre los trastornos mentales).

Para poder realizar el trabajo empírico necesitamos los conocimientos previos de las fuentes secundarias sobre los conceptos definidos anteriormente ya que son la base para la construcción de la técnica de recogida de información, el marco normativo que orienta la intervención de los trabajadores sociales y la creación de recursos y servicios, la figura del trabajador social para tener nociones generales sobre sus funciones e intervención y los recursos y servicios que hay en La Rioja para saber a cuáles acudir.

Estos conocimientos teóricos son imprescindibles para poder realizar una adecuada investigación empírica, puesto que sin ellos no sabríamos de dónde partir para diseñar el método y la técnica de recogida de información. Todo ello, sirve de pilar importante para desarrollar una metodología cualitativa adecuada y con fundamento ya que sin ello no podríamos adentrarnos en el conocimiento práctico ni en la realidad definida por los sujetos de la investigación.

Como futura trabajadora social, queremos que este trabajo sirva como guía y una posible orientación para posibles proyectos de intervención con personas con trastorno mental con el fin de saber qué es lo que se está haciendo ya y qué es lo que falta por hacer.

3.1. Metodología

En función de los objetivos establecidos en el trabajo consideramos que la metodología cualitativa es la más adecuada para la investigación porque, en primer lugar, es imposible con los pocos recursos y tiempo que tenemos, hacer uso de una metodología cuantitativa.

En segundo lugar, el hecho de realizar entrevistas proporciona mayor riqueza de contenido sobre el proceso de intervención del trabajador social y la existencia de rehabilitación comunitaria desde las entidades para personas con trastorno mental a las que acudiremos puesto que al dejar libertad de respuesta en las preguntas abiertas, la cantidad de información proporcionada por la población objeto de estudio puede servir como base para futuros proyectos de investigación/intervención en los que sí se cuente con los recursos necesarios (dinero, tiempo, diferentes profesionales).

En tercer y último lugar, las personas, en general, no son tan receptivas a la hora de hacer encuestas, y mucho menos, entrevistas, no obstante, desde las entrevistas, aunque se tengan pocas personas a las que entrevistar, la gran cantidad de información proporcionada por ellas es más que suficiente para lograr los objetivos establecidos en este trabajo. No se trata de cantidad, si no de calidad de la información.

A continuación, pasaremos a explicar la delimitación de las unidades de análisis, el método seleccionado y la técnica de recogida de información.

3.1.1. Delimitación de las unidades de análisis

Precisábamos que nuestra población objeto de estudio hubieran sido trece trabajadoras sociales en total, de las cuales siete son del ámbito público y seis del privado:

1. Una trabajadora social del Hospital San Pedro.
2. Una trabajadora social de la Asociación Riojana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
3. Una trabajadora social del Centro de Salud Mental Albelda de Iregua.
4. Una trabajadora social de la Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas.
5. Una trabajadora social del Centro de Salud Espartero.
6. Una trabajadora social del Teléfono de la Esperanza La Rioja.
7. Una trabajadora social de la Asociación de Familiares de Alzheimer de la Rioja.

8. Una trabajadora social del Hospital General de La Rioja.
9. Una trabajadora social de la Asociación de Trastornos de la Conducta Alimentaria de La Rioja.
10. Una trabajadora social de la Fundación Centro de la Solidaridad de La Rioja.
11. La responsable del Centro Municipal de Acogida de Logroño.
12. Una trabajadora social del Centro de Salud de Calahorra.
13. Una trabajadora social del Centro de Salud y Especialidades de Haro.

No obstante, por los motivos que expondremos a continuación sólo se ha podido contar con la participación de ocho profesionales, más concretamente, siete trabajadoras sociales y una psiquiatra:

1. La trabajadora social del Centro de Salud de Calahorra.
2. La trabajadora social de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área del Hospital General de La Rioja.
3. La trabajadora social del Centro de Salud Espartero y la psiquiatra coordinadora de la Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas del mismo centro.
4. La trabajadora social del Programa de Coordinación con la Red de Salud Mental de la Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas.
5. Tres trabajadoras sociales del Hospital San Pedro.

Las siguientes entidades se negaron a participar: la Asociación Riojana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, la Asociación de Familiares de Alzheimer de la Rioja, la Asociación de Trastornos de la Conducta Alimentaria de La Rioja y la Fundación Centro de la Solidaridad de La Rioja.

Con las siguientes profesionales no se pudo contactar: la trabajadora social del Centro de Salud y Especialidades de Haro y la del Teléfono de la Esperanza La Rioja.

Con la responsable del Centro Municipal de Acogida, sí que hubo respuesta, pero ya era demasiado tarde para la realización de la entrevista.

Con la trabajadora social del Centro de Salud Mental Albelda de Iregua se realizó la entrevista, pero por diversos motivos no se pudo incluir en este trabajo sus aportaciones.

El estudio se ha realizado en La Rioja, concretamente en Logroño y Calahorra, durante los meses diciembre de 2018 y enero, febrero y marzo de 2019.

3.1.2. Selección del método

El trabajo de investigación consta, principalmente, de diseño exploratorio debido a la necesidad de obtener conocimientos sobre diferentes entidades que hay en La Rioja para personas con trastorno mental discapacitadas o no discapacitadas mayores de 18 años, la manera en que se ha estado aplicando el enfoque rehabilitador comunitario establecido en el III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016 - 2020 en las entidades a las que acudiremos, las funciones e intervención de los trabajadores sociales en dichas entidades, así como la opinión profesional sobre la percepción social sobre los trastornos mentales, la posible repercusión sobre la creación de otros recursos y servicios y el éxito de reintegrar en la comunidad a las personas con trastorno mental desde dichas entidades.

También tiene un diseño explicativo ya que buscamos esclarecer el por qué hay escasez de recursos y servicios para personas con trastorno mental en La Rioja y las posibles causas y consecuencias de ello.

Por último, este trabajo de investigación empírica cuenta con un diseño descriptivo porque buscamos la relación existente entre la percepción social negativa sobre los trastornos mentales y la posible escasez de recursos y servicios para personas con trastornos mentales en La Rioja.

Para realizar el trabajo de investigación y obtener información para los objetivos establecidos previamente, debemos establecer el método que vamos a utilizar. Para ello, seguimos las dimensiones de Bericat (1998): tiempo, enfoque, punto de vista, conceptualización del objetivo, orientación a la construcción teórica y presencia del observador.

En cuanto al tiempo, el objeto de estudio lo vamos a considerar desde una perspectiva dinámica ya que deseamos obtener una visión del objeto de estudio en su evolución temporal. Para ello, hemos hecho uso de técnicas cualitativas como la entrevista para conocer si se han generado más recursos y servicios en los últimos años desde una perspectiva profesional y la percepción sobre la evolución epidemiológica de los trastornos mentales en los últimos años.

En cuanto a la delimitación del objeto de estudio, hemos usado un enfoque microscópico, es decir, está bastante acotada la población objeto de estudio, puesto que nos interesa más ganar en profundidad y significado de la información proporcionada por profesionales que en extrapolar la información al resto de población.

En el punto de vista se ha dado la subjetividad, debido a la realización de entrevistas a profesionales de algunas entidades públicas/privadas relacionadas con la salud mental. Por lo tanto, lo que nos interesa es atender a la realidad social definida por los propios sujetos.

En cuanto a la conceptualización del objetivo, como hemos hecho uso de la entrevista, se ha dado una síntesis de la información proporcionada por los sujetos de la investigación.

La orientación cualitativa opta en un primer momento por sumergirse en el contexto del objeto a investigar para observar la situación en que se producen y desarrollan los elementos necesarios para su comprensión y para construir la teoría (inducción: de lo particular a lo general). No obstante, aunque partamos de datos obtenidos de fuentes secundarias, hay cierta información que solo podemos obtener a través de la entrevista a la población objeto de estudio.

Por último, en cuanto a la presencia del observador, se ha dado reactividad. Se trata de un fenómeno por el cual los individuos alteran su conducta al sospechar que se sienten observados porque estuvimos presentes a la hora de hacer las entrevistas.

3.1.3. Técnica de recogida de información: entrevista semiestructurada

Tras haber explicado el método de investigación, pasaremos a desarrollar la técnica de recogida de información.

En este trabajo, optamos por el empleo de preguntas abiertas dando la posibilidad de respuestas en profundidad que nos permitirá recabar más información y no ser tan limitantes pudiendo así entrelazar temas. Además, con este tipo de preguntas, el profesional puede expresar sus opiniones, concretar la respuesta y desviarse del guion inicial al surgir otros temas de interés para la investigación.

Como consecuencia del tipo de preguntas por el cual hemos optado, la entrevista en su conjunto es semiestructurada ya que limita el grado de apertura en términos de espacio y tiempo del que dispone el profesional, pero todavía no define las alternativas de respuesta.

Dentro de la entrevista semiestructurada, contamos con un guion temático con preguntas similares para todas las trabajadoras sociales.

Las ventajas de la entrevista semiestructurada son tres: más profundidad en el estudio, promueve la cooperación y la empatía y puede producir respuestas no esperadas útiles para el estudio.

En cuanto al instrumento, se trata de un cuestionario elaborado “ad hoc” (Anexo 1), el cual se compone de las siguientes categorías:

1. Los recursos y servicios que se ofrecen desde la entidad para las personas con trastorno mental: se refiere a la ubicación de la Unidad/programa, los profesionales que componen la Unidad de la institución o el programa y si cuentan con algún programa/proyecto/actividad en relación al colectivo de la investigación.
2. El proceso de intervención con personas con trastorno mental: se refiere a los pasos a seguir desde que llega una persona a la Unidad/programa hasta que se va, así como cuándo y dónde aparece el trabajador social en ese proceso.
3. Las funciones de la trabajadora social: en esta categoría contemplamos, por una parte, funciones comunes a todas las trabajadoras sociales entrevistadas y, por otro lado, funciones más específicas por parte de alguna de ellas.
4. Los modelos de intervención más comunes usados por la trabajadora social: nos interesa conocer si utilizan el modelo sistémico, psicosocial, conductual, biopsicosocial y/o de intervención en crisis.
5. Niveles de intervención del trabajador social: individual/familiar, grupal y comunitario.
6. La coordinación de la trabajadora social con el equipo multidisciplinar dentro de la entidad y con otras instituciones de La Rioja.
7. La manera de aplicar el enfoque rehabilitador comunitario en la entidad.
8. Opinión profesional sobre:
 - La evolución epidemiológica (aumento, disminución, mantenimiento) de los trastornos mentales.
 - La recuperación de las personas con trastorno mental desde la entidad.
 - Otros recursos necesarios para personas con trastorno mental.
 - La percepción social sobre los trastornos mentales.
 - Las dificultades en salud mental.

3.2. Resultados y análisis cualitativo de las entrevistas

Para el análisis cualitativo de las cinco entrevistas realizadas, vamos a tener en cuenta una serie de categorías ya desarrolladas en el apartado anterior con el fin de sintetizar la información y obtener un análisis adecuado a los objetivos del trabajo.

Antes de pasar al análisis, necesitamos dejar claro el procedimiento que se ha seguido durante la investigación.

Con respecto a la manera de contactar con las profesionales de la muestra, se han hecho llamadas telefónicas, estableciendo un día y una hora en su lugar de trabajo para realizar la entrevista de manera presencial. Además, en el caso del Centro de Salud de Calahorra, Centro de Salud Espartero y Hospital San Pedro, tuvimos que volver a acudir a los establecimientos para completar información.

Una parte de una de las entrevistas (Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas del Centro de Salud Espartero), al no poder ser respondida por la trabajadora social, la psiquiatra y coordinadora de la Unidad respondió a las preguntas no contestadas.

Cuatro de las cinco entrevistas han podido ser grabadas con autorización previa, mientras que sólo una no pudo ser grabada (trabajadoras sociales del Hospital San Pedro), pero sí anotada en un cuaderno.

En cuanto al vaciado de datos el proceso seguido ha sido escuchar las entrevistas grabadas y anotar las ideas principales de las mismas, manteniendo la esencia de las palabras de las profesionales.

Todas las entrevistas, una vez transcritas, fueron enviadas por correo electrónico para que las profesionales corrigieran y añadieran los aspectos que ellas considerasen.

Al tratarse de una investigación cualitativa, el análisis de la información se deriva en un análisis de contenido, destacando la parte exploratoria y descriptiva del estudio.

3.2.1. Los recursos y servicios que se ofrecen desde la entidad para las personas con trastorno mental

En este apartado vamos a explicar algunas características generales de la entidad, los profesionales existentes y la presencia de algún programa en la misma.

1. La Unidad de Salud Mental del Centro de Salud Calahorra, tiene las siguientes características:

- La Unidad se ubica en la segunda planta del Centro de Salud.
- Los profesionales que la componen: tres psiquiatras, un psicólogo, médico de cabecera y una enfermera. No hay psiquiatra de urgencias, por lo que, si ocurre algo relacionado con salud mental después de las 15:00, se derivan al Hospital San Pedro a través del servicio de emergencia.
- Cuentan con un programa de terapia grupal del malestar psicosocial para mujeres para mayores de 18 años, seleccionadas previamente por la trabajadora social y el médico de atención primaria. Este programa se llevará a cabo en la biblioteca del Centro de Salud con una terapeuta y coterapeuta para tratar aspectos biopsicosociales, preventivos y terapéuticos con el fin de potenciar la responsabilidad y autonomía sobre su salud mental.

2. En La Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas del Centro de Salud Espartero, hay tres subunidades:

- La Unidad de Adultos está ubicada en la tercera planta, a partir de los 18 años. Su equipo está formado por los siguientes profesionales: cuatro psiquiatras, tres psicólogos, cuatro enfermeras y un auxiliar administrativo.

3. La Unidad de Corta Estancia del Hospital San Pedro (UCE):

- Está ubicada en la séptima planta del Hospital.
- Los profesionales de la UCE son: cuatro psiquiatras, un psicólogo, enfermeras y auxiliares de clínica.

4. Hospital General de La Rioja (URA, UME, Hospital de Día), presenta las siguientes características:

- La UME se ubica en la tercera planta.
- La URA y el Hospital de Día se ubica en la planta baja.
- Los profesionales de la UME son: psiquiatra, psicólogo clínico, enfermeros y auxiliares clínicos.
- Los profesionales de la URA son: psicólogo, enfermera, terapeuta ocupacional, trabajadora social y tres auxiliares. A tiempo parcial está la terapeuta ocupacional y la

trabajadora social, las cuales se dividen con el Hospital de Día. El psicólogo también está a tiempo parcial porque va a la Unidad de Media Estancia.

- Los profesionales del Hospital de Día son: un psiquiatra, un psicólogo, dos enfermeros, dos auxiliares de enfermería y una terapeuta ocupacional.
- Protocolos individualizados de rehabilitación (PIR). En el PIR se recogen todos los datos obtenidos del paciente y la información que se ha ido observando durante el tiempo que ha estado en las siguientes cinco áreas:

- En el área de autonomía personal se trabaja el tema del manejo del dinero, la medicación, el entorno donde vive, las habilidades personales y los déficits.
- En el área de las habilidades sociales se trata el tema del afrontamiento personal, la capacidad de resolver conflictos y cómo afrontar diversas situaciones sociales.
- En el área cognitiva se trabaja el procesamiento de la información y lo cognitivo.
- En el área clínica se valora cuál es la situación clínica y se plantea la psicoeducación de la enfermedad, el saber que está enfermo y cómo conoce la enfermedad para manejarla.
- En el área familiar se trabajan las necesidades que puede tener la familia y los aspectos a trabajar con la misma.
- Entonces con estas áreas se plantean unos objetivos y un horario individualizado de cada paciente en el que se plantea qué actividades tiene que hacer de lunes a viernes.

5. Programa de Coordinación de ARAD

- La ubicación del programa es diferente a la de la asociación.
- Los profesionales del programa son: una trabajadora social, un médico y una psicóloga.
- Realización de dos grupos terapéuticos temporales y dos permanentes. Con respecto a los temporales, uno tiene como objetivo la prevención de recaídas de alcohol y el otro el desarrollo personal de mujeres. Además, se están valorando usuarios que precisen habilidades sociales y reestructuración cognitiva. El número de personas de cada grupo es variable pudiendo oscilar entre 5 y 15 personas.

En cuanto a los grupos permanentes son para las familias, uno está más orientado a la formación y el otro a apoyo mutuo con carácter terapéutico.

Todos los grupos son llevados a cabo por las psicólogas de la asociación.

3.2.2. El proceso de intervención con personas con trastorno mental

En esta categoría explicaremos el proceso de intervención desde que llega la persona con trastorno mental hasta que finaliza la intervención y el papel del trabajador social en esa intervención. Para ello, en primer lugar, explicaremos el proceso de intervención con otros profesionales y, en segundo lugar, con la trabajadora social.

1. El proceso de intervención con otros profesionales (psiquiatras, médicos, psicólogos):

1.1. En las Unidades de Salud Mental del Centro de Salud Calahorra y Espartero: el proceso en ambas unidades es similar, una persona accede a estas unidades bien desde urgencias de manera preferente o bien desde atención primaria (médico de cabecera) con una sospecha diagnóstica. En el caso de la unidad de Calahorra atiende a población del propio municipio, de Pradejón, Autol, el Villar y Tudelilla. En el caso de la unidad de Espartero, la población procede de Logroño y de derivaciones de los Centros de Salud (Joaquín Elizalde, Rodríguez Paterna, Cascajos y Alberite).

Desde ahí al paciente lo recibe el psiquiatra el cual le realiza una valoración según la cual decidirá si hacer un tratamiento farmacológico y un seguimiento en psiquiatría o bien derivar a psicología para hacer una intervención psicológica. Tras ello, se hace un seguimiento del caso de la persona y se observa la evolución, haciéndose sesiones las cuales dependen de la patología y el profesional. Si la evolución es positiva y está clínicamente bien, se les da el alta y siguen con el tratamiento farmacológico y/o psicológico junto con atención primaria. No obstante, si la evolución es negativa, se deriva a la Unidad de Corta Estancia (situación aguda) o a la Unidad de Media Estancia (no es situación aguda, pero se necesitan cuidados más intensivos) o al URA (no se requiere hospitalización, pero sí rehabilitación psicosocial) o al Hospital de Día (no se requiere hospitalización, pero sí una intervención psiquiátrica o psicológica intensiva).

1.2. En la Unidad de Corta Estancia del Hospital San Pedro los pacientes llegan a esta unidad de derivaciones que hacen los psiquiatras de las Unidades de Salud Mental y de Urgencias. La gran mayoría de ingresos son voluntarios, pero hay una minoría en que no son voluntarios. En dichos casos, el médico valora si es necesario por su patología el ingreso y si es así se comunica al juzgado de guardia, el cual dictaminará un auto de ingreso no voluntario. Cuando el paciente está estabilizado en la fase aguda, pero necesita continuar hospitalizado, el psiquiatra lo deriva a la UME.

1.3. En el Hospital General de La Rioja los pacientes proceden de la UCE o bien directamente de Urgencias o de las Unidades de Salud Mental. Una vez que llegan, los recibe el psiquiatra el cual hace una valoración y determina qué recurso necesita. En el caso de que sea una persona que no se ha estabilizado sintomatológicamente, la cual necesite una intervención de 24 horas y no se ha ajustado al tratamiento va a la Unidad de Media Estancia. En el caso de que no requiera hospitalización, pero sí tienen una sintomatología activa se les deriva al Hospital de Día, y si tienen una sintomatología negativa o residual a la URA.

Si primeramente van a la UME, y tras un tiempo ya no requieran hospitalización, pero aún tienen sintomatología activa van al Hospital de Día. No obstante, si su sintomatología es ya negativa lo mandan directamente a la URA.

En el Hospital de Día se realiza un control de la medicación, de la sintomatología y visitas diarias al psiquiatra.

En la URA, la medicación está ya controlada y están estabilizados, pero requieren una rehabilitación psicosocial y comunitaria por lo que se interviene en diferentes áreas. En esta Unidad, el primero que lo recibe es el psicólogo, el cual le hace una valoración y decide si incorporarlo o no. En caso afirmativo le plantean un plan de actividades en diferentes áreas, ya explicado anteriormente, y realizan el PIR.

1.4. En el programa de coordinación de ARAD los pacientes vienen derivados por el psiquiatra o enfermera de alguna de las Unidades de Salud Mental, principalmente, Espartero y Siete Infantes de Lara, cuando observan que puede haber algún problema de consumo. La intervención es simultánea, es decir, los pacientes son atendidos a la vez tanto en la Unidad de Salud Mental por el psiquiatra como por los profesionales (médico, psicóloga y trabajadora social) del programa de coordinación. Se les cita a través del *Selene* (base de datos de Rioja Salud) o por llamada telefónica directa a la asociación. El primer contacto a la hora de llegar al programa es la trabajadora social (a la cual se hará referencia en el siguiente apartado). Después van con la psicóloga para que les valore, luego con el médico y otra vez con la trabajadora social. Tras ello, hacen intervención individual y grupal con la psicóloga. El tiempo de permanencia en el programa depende de la persona, desde menos de seis meses hasta más de cuatro años.

2. El proceso de intervención desde la trabajadora social

Todas las trabajadoras sociales entrevistadas siguen el Método Básico del Trabajo Social para la intervención: estudio, diagnóstico, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación continua. En lo único que se diferencian es que algunas de ellas como la trabajadora social de la URA y del programa de ARAD, tienen unas funciones más especializadas porque son específicas, una de la unidad y la otra del programa.

3.2.3. Las funciones de los trabajadores sociales con personas con trastorno mental

Desarrollaremos las funciones comunes llevadas a cabo por todas las trabajadoras sociales con independencia de si son o no específicas para intervenir con personas con trastornos mentales. Además de las funciones específicas de las trabajadoras sociales que están continuamente interviniendo con personas con trastornos mentales.

1. Funciones comunes

A continuación, se explicarán las ocho funciones que realizan todas las trabajadoras sociales entrevistadas, independientemente, si son o no específicas:

- Acompañamiento y seguimiento de los casos a través de diferentes habilidades sociales y de comunicación como la escucha activa, diálogo, apoyo emocional, empatía, entre otras muchas.
- Asesoramiento legal.
- Coordinación con el equipo multidisciplinar y con los servicios sanitarios, sociales y judiciales.
- Derivaciones a diversas entidades y programas de orientación laboral/social.
- Gestión administrativa y elaboración de documentación (informes sociales, historia clínica, ficha social, memorias...etc.).
- Información y orientación tanto para el paciente/usuario como para la familia sobre recursos laborales, sociales, sanitarios y comunitarios, prestaciones económicas, formación, actividades de ocio y tiempo libre, valoración de la dependencia y/o discapacidad.
- Intervención en crisis: telefónica y/o presencial.
- Recogida de datos a través de entrevistas para la realización de informes sociales, historias clínicas, fichas sociales...etc.

2. Funciones específicas

2.1. Las funciones de la trabajadora social de la URA del Hospital General de La Rioja, a parte de las menciones anteriormente, son:

- La profesional se encarga del área de habilidades sociales. En dicha área lleva a cabo actividades de terapia a nivel grupal relacionadas con las habilidades sociales.
- Realiza terapia psicológica integrada, habiéndose especializado a través de formación.

2.2. Las funciones de la trabajadora social del programa de coordinación de ARAD:

- Programa de orientación laboral: realización de currículum, enseñar a usar un ordenador, el correo electrónico, páginas web de empleo, realización de entrevistas laborales...etc.
- Acompañamiento a otros recursos de manera excepcional.

3.2.4. Los modelos y niveles de intervención más comunes usados por la trabajadora social

Antes de pasar a nombrarlos, cada profesional utiliza uno más que otro o bien toman conceptos teóricos de todos ellos. No obstante, los que más se han repetido durante las entrevistas han sido el modelo biopsicosocial y el de intervención en crisis, mientras que el modelo sistémico solo alguna de ellas lo utilizaban, sobre todo, a la hora de intervenir con la familia.

Con respecto a los niveles de intervención, todas las profesionales entrevistadas realizaban un trabajo social de casos (individual/familiar). Sólo la trabajadora social de la URA del Hospital General de La Rioja hace un trabajo social grupal.

3.2.5. Coordinación

Esta categoría está formada por la coordinación con otras entidades y de la trabajadora social con otros profesionales.

1. Coordinación con otras entidades

Según las entrevistas realizadas, la coordinación entre las entidades relacionadas totalmente o una parte con la salud mental se hace sobre todo para derivar mediante llamadas telefónicas y/o correo electrónico.

No obstante, en el caso de la trabajadora social del Centro de Salud de Calahorra se hacen reuniones cada dos semanas en el Centro de Servicios Sociales. En dichas

reuniones las profesionales son todas trabajadoras sociales de diversas entidades (Centro de Salud, Cáritas Chavicar, Cáritas Diocesana, Cruz Roja y Centro de Servicios Sociales del municipio).

2. Coordinación de la trabajadora social con otros profesionales

En este caso, existe una mejor coordinación de las trabajadoras sociales con el resto del equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas), aunque no sean específicas de la Unidad de Salud Mental.

Generalmente la coordinación la hacen a través reuniones presenciales, llamadas telefónicas y/o correo electrónico.

En el caso de ARAD, se realizan reuniones de equipo cada semana en las que se valora la situación actual del paciente, áreas a intervenir, objetivos planteados, evolución, intervención con la familia, etc.

3.2.6. La aplicabilidad del enfoque rehabilitador comunitario en la unidad de la entidad

En esta primera categoría, la vamos a subdividir en aquellas entidades que lo aplican y aquellas que no y el por qué.

1. Unidades y Entidades que aplican el enfoque rehabilitador comunitario

La Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área del Hospital de La Rioja (URA) y el programa de ARAD han sido creados específicamente para aplicar el enfoque rehabilitador.

- La URA lo trabaja a nivel individual y grupal a través de diferentes áreas (autonomía personal, habilidades sociales, cognitiva, de ocio y tiempo libre, clínica y familiar) con distintas actividades con un horario personalizado para cada paciente. Los profesionales encargados de llevarlo a cabo son: el psicólogo, la terapeuta ocupacional, la trabajadora social, la enfermera y las auxiliares de clínica.

- En ARAD, la rehabilitación la lleva a cabo la psicóloga tanto a nivel individual como grupal en diferentes áreas (cognitiva, habilidades sociales, salud, familia, ocio y tiempo libre).

Esto no implica que las otras entidades no rehabiliten, pero no lo hacen a nivel comunitario, sino más bien a nivel individual.

2. Unidades que no aplican el enfoque rehabilitador comunitario

La Unidad de Salud Mental de Calahorra, la Unidad de Salud Mental de Adultos del Centro de Salud Espartero, la UCE del Hospital San Pedro, la UME y Hospital de Día del Hospital de La Rioja.

En estas unidades no se aplica ya que están más destinadas a tratar la sintomatología activa del paciente bien a través de hospitalización como ocurre en la UCE y UME, bien mediante control y tratamiento farmacológico y psicológico tanto en las dos anteriores como en las Unidades de Salud Mental y Hospital de Día. Esta intervención está realizada exclusivamente por psiquiatras, psicólogos, enfermeros y auxiliares de clínica.

3.2.7. Opinión profesional sobre los trastornos mentales

Esta categoría la vamos a dividir en cinco subcategorías relacionadas con la opinión sobre la evolución epidemiológica, la recuperación desde la entidad en concreto, otros recursos necesarios, percepción social y dificultades en salud mental. Antes de pasar al desarrollo de las cinco subcategorías, debemos dejar claro que se tratan de meras percepciones subjetivas e individuales.

1. La evolución epidemiológica (aumento, disminución, mantenimiento) de los trastornos mentales

Seis de las trabajadoras sociales opinan que sí ha habido un aumento, pero de las personas con problemas de salud mental que a ellas les llega a su despacho.

Una de las trabajadoras sociales opina que se mantiene más o menos la misma evolución.

La psiquiatra entrevistada, considera que sí ha habido un aumento, sobre todo, de las patologías menores (trastornos adaptativos, sintomatología depresiva por problemas laborales, de pareja...).

2. La recuperación de las personas con trastorno mental desde la entidad

En esta subcategoría ha sido difícil recibir una respuesta clara porque en el caso de los trastornos mentales, te puedes recuperar y volver a recaer. Si hablamos desde el nivel clínico, sí hay recuperación, llegando a estabilizarse. No obstante, una vez vuelven a la comunidad, esa estabilización clínica obtenida en la unidad se pierde debido a la

falta de una red de apoyo social y/o familiar y de recursos sociales y laborales en algunas ocasiones.

3. Otros recursos necesarios para personas con trastorno mental

En función de las respuestas de las trabajadoras sociales entrevistadas, se ha realizado una recopilación de los recursos necesarios para personas con trastorno mental:

- Recursos de alojamiento y pisos protegidos para el colectivo. En muchos casos, son personas que pueden estar de manera independiente en sus casas, pero con la atención más especializada y específica que ofrece uno piso protegido.
- Red de apoyo social a las familias y a las personas adultas con trastorno mental.
- Flexibilidad de acceso a los diversos recursos sociales.
- Grupos de apoyo terapéutico dirigidos por profesionales especializados en salud mental.
- Más profesionales, sobre todo, trabajadores sociales específicos para las Unidades de Salud Mental.
- Mejor coordinación entre las entidades.
- Unidades de Rehabilitación Psicosocial de Área y Centros de día tanto en Rioja Alta como en Rioja Baja con un equipo multidisciplinar.
- Programas de visibilización y sensibilización de los trastornos mentales en la comunidad.

4. La percepción social sobre los trastornos mentales

Tres de las seis trabajadoras sociales coincidieron que actualmente se está normalizando cada vez más, es decir, ha habido una evolución positiva de la percepción social. Esa evolución positiva se debe a que cada vez hay más recursos terapéuticos, personal especializado, investigaciones y visibilización sobre los trastornos mentales.

No obstante, algunas profesionales opinan que siguen quedando temores debido al desconocimiento y desinformación agravados, principalmente, por los medios de comunicación.

Las otras dos profesionales no opinaron ni que fuera positiva ni negativa, simplemente sigue habiendo un gran desconocimiento y que, para ello, debe hacerse una buena intervención comunitaria, explicando qué son los trastornos mentales, cómo puede afectar a cualquiera e intentando quitar la estigmatización.

En relación, a si la percepción social que había antiguamente ha afectado a la creación de recursos y servicios, algunas de las profesionales opinaron que sí, otras que no y las restantes que la falta de recursos se debe a la crisis económica y no a la estigmatización.

5. Las dificultades en salud mental

Según las profesionales entrevistadas surgen, principalmente, siete dificultades en salud mental:

- No tener integradas a las trabajadoras sociales en los equipos de las Unidades de Salud Mental.
- La dificultad de coordinación con los diferentes profesionales de diversos ámbitos.
- La centralización de recursos y servicios de salud mental en Logroño.
- Personal insuficiente y, por ende, falta de recursos.
- Poco trabajo comunitario en salud mental.
- Las listas de espera.
- La falta de conciencia de enfermedad que tienen muchas personas con trastorno mental, lo que hace que abandonen el tratamiento y no consigan recuperarse.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos decidido realizar la discusión y las conclusiones de manera conjunta debido a la necesidad de integrar la información obtenida de fuentes secundarias y primarias con el fin de hacer una adecuada comparación de datos.

4.1. Discusión

Según los resultados obtenidos en el trabajo hemos conseguido totalmente el objetivo general relacionado con el conocimiento del marco normativo sobre salud mental porque ha sido relativamente sencillo encontrar aquellas normativas relacionadas con el tema.

En cuanto a los siguientes dos objetivos generales de análisis de la figura del trabajador social en su intervención con personas adultas con trastorno mental y averiguar los recursos y servicios que hay para personas con trastorno mental de aplicación a nivel estatal y autonómico de La Rioja, se han logrado parcialmente debido a que no se han podido conseguir totalmente los objetivos específicos relacionados con el papel del trabajador social, sus funciones, modelos y niveles de intervención, su opinión sobre los trastornos mentales de La Rioja y si las entidades objeto de nuestro estudio aplican o no el enfoque rehabilitador comunitario. Todo ello, como se ha mencionado anteriormente, se debe a la negativa de algunos profesionales en participar en la investigación o la imposibilidad de contacto con otros.

No obstante, con la información recabada de las profesionales que sí aceptaron participar en la investigación podemos hacer una comparación y discusión de los resultados.

A continuación, pasaremos a comparar los resultados de las cinco entrevistas realizadas con la información obtenida mediante fuentes secundarias para dar respuesta a los objetivos planteados y conocer si lo desarrollado en las fuentes bibliográficas coincide o no con lo obtenido mediante la metodología cualitativa.

En primer lugar, los recursos y servicios que ofrecen en las entidades a las que acudí, coinciden totalmente con las expuestas en sus páginas webs y/o en el III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020.

En segundo lugar, el proceso de intervención con la persona con trastorno mental, al ser imposible obtener datos en las fuentes secundarias, hemos podido ofrecer en el trabajo nueva información que permite incrementar el conocimiento y disminuir la estigmatización sobre la salud mental.

En tercer lugar, con respecto a las funciones del trabajador social, a excepción de las Unidades de Trabajo Social, tanto las desarrolladas por fuentes secundarias como las explicadas por las fuentes primarias coinciden en su desempeño por las trabajadoras sociales entrevistadas.

En cuarto lugar, los modelos de intervención, como se ha podido ver desde nuestro análisis de fuentes bibliográficas, existen múltiples modelos teóricos para intervenir con personas con trastorno mental, no obstante, las trabajadoras sociales entrevistadas sólo utilizan algunos de los desarrollados en el marco teórico o toman conceptos de varios de ellos.

En quinto lugar, las trabajadoras sociales realizan más una intervención individual y familiar, y sólo una de ellas lleva a cabo un trabajo social grupal. Por lo que, aunque en la teoría se establezca la importancia de lo grupal y lo comunitario, en la práctica es un poco más complicado de realizar.

En sexto lugar, la rehabilitación comunitaria no se aplica en todas las entidades entrevistadas, sino que se enfocan más en la rehabilitación psicológica y física.

En séptimo lugar, con respecto a la opinión profesional sobre diferentes categorías, al ser subjetiva e intrapersonal, no se puede encontrar en fuentes secundarias, pero sí son necesarias para saber en qué se puede mejorar y qué es lo que falta por hacer.

Por último, podemos decir que este estudio sirve como guía de recursos en salud mental de La Rioja, para tener conocimientos teóricos sobre la intervención del trabajador social con personas con trastorno mental y para conocer en mayor profundidad las entidades a las que acudimos para realizar la entrevista.

4.2. Conclusiones

La principal conclusión obtenida en el trabajo es que, en la teoría, la figura del trabajador social se contempla como un elemento importante en salud mental y en la intervención con la persona con trastorno mental, pudiendo hacerla a nivel individual, grupal y/o comunitaria con múltiples funciones. No obstante, en la práctica, en la Comunidad Autónoma de La Rioja, su intervención con personas con trastorno mental, en bastantes ocasiones, queda relegada a la información y orientación, no habiendo trabajadores sociales en las Unidades de Salud Mental. Sin embargo, las profesionales

del Trabajo Social entrevistadas están luchando cada día para poder intervenir y ofrecer el enfoque social a la visión integral de la persona con problemas de salud mental.

Además de crear plazas para trabajadores sociales en estas unidades, es necesario que se genere una especialización para los profesionales del Trabajo Social con el fin de que puedan trabajar en salud mental ya que por mucho que se genere empleo, si no tenemos mejor preparación y formación no podremos atender de manera adecuada a este colectivo.

Por otra parte, los seres humanos somos seres sociales y desde que nacemos vivimos en comunidad. Por lo tanto, aunque una persona con problemas de salud mental se recupere a nivel clínico, al no tener una buena red de apoyo social y/o familiar, todo ese trabajo y tratamiento no resultaría del todo efectivo ya que la persona al volver a su casa se aislará cada vez más y volverá a recaer, teniendo que volver a iniciar de nuevo el proceso de intervención en la unidad correspondiente.

Otra conclusión fundamental es la centralización de recursos relacionados con la salud mental en Logroño, ya que la gran mayoría se encuentra en este municipio, obligando a personas residentes en otros lugares a tener que desplazarse. Si a esto le añadimos la falta de conciencia de enfermedad, las personas tenderán a abandonar más el tratamiento correspondiente a su trastorno. Ese abandono significa que ya no están estabilizados. Todo esto junto con el factor de riesgo principal que es la falta de una red de apoyo social y/o familiar, desembocará en un aislamiento de la persona con problemas de salud mental en su casa y un total abandono físico y psicológico de la misma. Además, aunque se cuente con recursos cerca, son la gran mayoría sanitarios. Por ello, lo que necesitamos actualmente son más recursos sociales y comunitarios y una flexibilidad de acceso a los mismos ya que algunos establecen requisitos demasiado exigentes para poder disfrutar de ellos como es el caso de la necesidad de valoración de dependencia y/o discapacidad.

También tenemos el problema de las listas de espera para citas con el psicólogo/psiquiatra, lo cual genera que las personas no las pidan o si lo hacen, tener que esperar un largo período de tiempo para ser valorado/tratado.

A su vez, como hemos podido observar, existen numerosos gabinetes y despachos privados de psicólogos/psiquiatras, pero cada consulta establece un precio elevado para el bolsillo medio de una persona. Por lo que, aunque se quiera acudir a estos establecimientos, los ingresos económicos suponen un factor excluyente para el acceso a los mismos.

Un aspecto positivo a destacar es que desde el comienzo en el 2016 del III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja 2016 – 2020, se han creado diversos recursos para personas con trastorno mental como es el caso del Hospital de Día, el I Plan de Prevención del Suicidio y el Programa de Terapia Asertiva Comunitaria. No obstante, tenemos que seguir mejorando en la consecución de las líneas estratégicas establecidas por el plan.

Por lo tanto, consideramos que debe realizarse una intervención comunitaria desde el Trabajo Social, no centralizada en Logroño. Tiene que estar constituida por un equipo multidisciplinar con un enfoque rehabilitador, cuyo fin sea la visibilidad y normalización de los trastornos mentales, la cual implique no solo al colectivo de personas con trastorno mental sino a toda la ciudadanía, porque los trastornos mentales son uno de los principales problemas del siglo XXI (Del Llano Señarís, 2016).

Otra conclusión, es que las trabajadoras sociales entrevistadas valoran la necesidad de creación de plazas en pisos protegidos para personas con trastorno mental que puedan mantenerse de manera autónoma, pero con seguimiento y tratamiento continuo, para favorecer la desinstitucionalización y la rehabilitación comunitaria.

Como conclusión final, queremos recalcar la importancia del Trabajo Social ya no sólo con el colectivo de personas con trastorno mental, sino con la población en general. Esta disciplina presenta una historia corta comparada con otras, sin embargo, su presencia es tan necesaria como la existencia del Estado de Bienestar, siendo los servicios sociales un pilar importante para el mismo. Su importancia radica en favorecer el cambio, la cohesión y el fortalecimiento social, el empoderamiento de las personas, la lucha por los derechos humanos y la convivencia en la comunidad.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Riojana para la atención a personas con problemas de drogas. (2017, 14 mayo). Programa de coordinación con la Red de Salud Mental del Gobierno de La Rioja. Recuperado 2 diciembre, 2018, de <http://www.aradrioja.org/programa-de-coordinacion-con-la-red-de-salud-mental-del-gobierno-de-la-rioja/>
- Associació Balear de Salut Mental. (s.f.). Plan de acción en salud mental Helsinki. Recuperado 13 noviembre, 2018, de <http://www.aen.es/web/docs/Helsinki05.pdf>
- Becerra, R. M., & Kennel, B. L. (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Bericat Alastuey, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: Significado y medida*. Barcelona (España): Ariel.
- Cangas, A. (2014, 12 mayo). La percepción social de la enfermedad mental sigue estando sesgada por el desconocimiento y la desinformación. *Sanitaria dos mil*. Recuperado de <http://psiquiatria.publicacionmedica.com/noticia/la-percepcion-social-de-la-enfermedad-mental-sigue-estando-sesgada-por-el-desconocimiento-y-la-desinformacion>
- Casado, M. (2018, 19 junio). La enfermedad mental, la gran patología sanitaria del siglo XXI. *La Rioja*. Recuperado de <https://www.larioja.com/la-rioja/enfermedad-mental-gran-20180618220457-nt.html>
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. (2017, 18 julio). Nace la plataforma nacional sin sujeciones para luchar contra el uso de sujeciones físicas y químicas con pacientes. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/nace-la-plataforma-nacional-sin-sujeciones-para-luchar-contr-el-uso-de>
- Confederación Salud Mental España. (s.f.). ¿Qué es el trastorno mental? Recuperado 25 octubre, 2018, de <https://consaludmental.org/informate/>
- Confederación Salud Mental España. (2014, 2 septiembre). Formación para el empleo. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <https://consaludmental.org/programas/formacion-empleo-19646/>

- Confederación Salud Mental España. (2017a, 10 octubre). 8 de cada 10 personas con problemas de salud mental no tienen empleo. Recuperado 20 noviembre, 2018, de <https://consaludmental.org/general/8-cada-10-personas-problemas-salud-mental-no-tienen-empleo-34388/>
- Confederación Salud Mental España. (2017b, 30 marzo). Salud Mental España y sus entidades autonómicas refuerzan el trabajo para promover la salud mental y prevenir la exclusión. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-jornada-promocion-salud-mental-31657/>
- Confederación Salud Mental España. (2017c, 13 junio). Salud Mental España vuelve a poner en marcha el proyecto 'In-Formándonos. La autonomía es un derecho'. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <https://consaludmental.org/general/proyecto-informandonos-32946/>
- Confederación Salud Mental España. (2018a, 8 marzo). Salud Mental España implanta un Plan de Igualdad. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <https://consaludmental.org/general/plan-igualdad-36386/>
- Confederación Salud Mental España. (2018b, 16 abril). Promoción y mejora de la calidad. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <https://consaludmental.org/programas/promocion-mejora-calidad-36907/>
- Confederación Salud Mental España. (2018c, 16 abril). Reincorporación social de personas judicializadas. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <https://consaludmental.org/programas/reincorporacion-social-de-personas-judicializadas-36898/>
- Confederación Salud Mental España. (2018d, 12 noviembre). Salud Mental España y Diversamente amplían su presencia en redes sociales. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-diversamente-redes-sociales-41922/>
- Contreras Hermosilla, M. A. (2006). *Principales Modelos para la Intervención de Trabajo Social en Individuo y Familia* (Ed. rev.). Recuperado de http://trabajosocial.blogutem.cl/files/2011/07/principales_modelos.pdf

Constitución Española 1978, de 29 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978.

Declaración Europea de Salud Mental de 2005. Recuperado 20 noviembre, 2018, de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental. Recuperado 20 noviembre, 2018, de https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Declaracion_de_LUXOR.pdf

Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales. Boletín Oficial de La Rioja, 59, de 6 de mayo de 2011.

Del Llano Señarís, J. E. (2016, abril). Los problemas mentales, la gran epidemia del siglo XXI: la situación es todavía peor de lo que esperábamos. Recuperado 10 febrero, 2019, de <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=26&idN=1374>

Esparza Moreno, F. (2011). La no conciencia de enfermedad (*insight*) desde el trabajo social con enfermos mentales. *Revista de trabajo y acción social*, (49), 262–269. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111520>

Europa Press. (2018, 10 octubre a). Salud pone en marcha un programa de Terapia Asertiva Comunitaria para las enfermedades mentales. *Europa Press*. Recuperado de <https://www.europapress.es/la-rioja/noticia-salud-pone-marcha-programa-terapia-asertiva-comunitaria-enfermedades-mentales-20181010143307.html>

Europa Press. (2018, 29 enero b). El Plan de Salud Mental 2018 de La Rioja contempla programa prevención conducta suicida y protocolo específico TDAH. *20 Minutos*. Recuperado de <https://www.20minutos.es/noticia/3246798/0/plan-salud-mental-2018-rioja-contempla-programa-prevencion-conducta-suicida-protocolo-especifico-tdah/>

Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333–352. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406899>

- Gobierno de La Rioja (2016). III Plan Estratégico La Rioja de Salud Mental 2016 – 2020. Servicio Riojano de Salud. Recuperado 20 noviembre, 2018, de <https://www.riojasalud.es/f/rs/docs/VERSION%20DEF%20III%20PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20SALUD%20MENTAL%202016-2020.pdf>
- Gobierno de la Rioja. (2018). I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja. Recuperado 10 enero, 2019, de http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf
- Grup de Treball de Salut Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. (2001). Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental. Recuperado 5 diciembre, 2018, de <http://www.tscat.cat/content/funciones-del-trabajador-social-en-el-campo-de-salud-mental>
- Hernández Martín, B. (2013). El trabajo social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo. *Revista de Trabajo Social y Acción Social*, (52), 314–325. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/TrabajoSocialIntervencionpsicosocial.pdf>
- Ituarte A. et al. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (Ed. rev.). Valencia, España: Nau Llibres.
- La Rioja. (2017, 25 enero). El Hospital de La Rioja estrena un centro de día para salud mental. *La Rioja*. Recuperado de <https://www.larioja.com/la-rioja/201701/25/hospital-rioja-estrena-centro-20170125130641.html>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud. Boletín Oficial del Estado, 106, de 3 de mayo de 2002.
- Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. Boletín Oficial de La Rioja, 160, de 28 de diciembre de 2009.

Libro Blanco sobre protección de derechos humanos y dignidad de personas que padecen trastorno mental (Comité de Dirección de Bioética. Consejo de Europa) – 2000. Recuperado 20 noviembre, 2018, de

<http://www.trastornosmentalesyjusticiapenal.com/wp-content/uploads/libro-blanco-2000-proteccion-derechos-dignidad-personas-trastornos-mental.pdf>

López Álvarez, M., & Laviana Cuetos, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(99), 187–223. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016

Marrero Irizarry, E. (2002). Percepción social. Recuperado 10 diciembre, 2018, de <http://academic.uprm.edu/~eddiem/psic3002/id65.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Recuperado 20 noviembre, 2018, de <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

Munuera Gómez, M. P. (2011). La huella de Mary Richmond en la intervención psicosocial del siglo XXI. *Trabajo Social Hoy*, (64), 9–28. Recuperado de <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=1465>

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Organización Mundial de la Salud. (2013a, diciembre). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado 25 octubre, 2018, de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2020. Recuperado 4 diciembre, 2018, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=90E2EA7F7C9FF595B6D652ECF1034990?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (2011, diciembre). Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. Recuperado 18 noviembre, 2018, de https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci-1&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, 222, de 16 de septiembre de 2006.

Recio Martín, F., Granero Salas, Y., Heras Prieto, R., Padilla Barrales, V., Pedrero Lanero, P., Sainero García, F. J., . . . Molina Fernández, A. J. (2015). Proyecto Hombre: el modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS). Recuperado 10 diciembre, 2018, de <http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>

Regalado, J. (2017, 26 febrero). Las diferencias entre Trabajo Social Clínico y Psicología Clínica. Recuperado 22 diciembre, 2018, de <https://www.jonathanregalado.com/single-post/2017/02/26/LAS-DIFERENCIAS-ENTRE-TRABAJO-SOCIAL-CL%C3%8DNICO-Y-PSICOLOG%C3%8DA-CL%C3%8DNICA>

Resolución de Naciones Unidas 4/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales. Recuperado 20 noviembre, 2018, de <https://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>

Rosas Sobarzo, E. y Vallejos Silva, S. (2011). *Trabajo Social en Salud Mental: Intervención con familias multiproblemáticas* (Tesis para optar el grado académico de Licenciado en Trabajo Social). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2415/TTRASO%20340.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- RTVE. (2016, 3 octubre). Una de cada cuatro personas en el mundo tiene un trastorno mental. *Radiotelevisión Española*. Recuperado 15 diciembre, 2018, de <http://www.rtve.es/noticias/20161003/cada-cuatro-personas-mundo-tiene-trastorno-mental/1418640.shtml>
- Salvador Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez Barquero, J. L., Muñoz, P. E., Gómez Beneyto, M., & Torres, F. (2002). *La salud mental en España: ¿Cenicienta en el país de las maravillas?* (Informe SESPAS 2002). Recuperado de <https://www.sespas.es/informe2002/cap15.pdf>
- Servicio Riojano de Salud (2017). Memoria 2017 Área de Salud de la Rioja. Rioja Salud. Recuperado de <http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/MEMORIA-16-17.pdf>
- Statista. (2018). Porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales en España en 2018, por grupos de edad. Recuperado 20 diciembre, 2018, de <https://es.statista.com/estadisticas/577757/prevalencia-de-las-enfermedades-mentales-en-espana-por-grupos-de-edad/>
- Viscarret Garro, J. J. (2007). Capítulo 8: Modelos de intervención en Trabajo Social. In (Eds.), *Modelos de intervención en Trabajo Social* (pp. 293–345). Madrid, España: Alianza Editorial.

6. ANEXO

6.1. Cuestionario general para las entrevistas

A) Preguntas generales sobre la entidad

1. ¿De qué manera se está aplicando el enfoque rehabilitador del Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016 – 2020 en la entidad?
2. Sabiendo que desde el ámbito laboral hay mucha discriminación con respecto a las personas con trastorno mental (sólo 15,9% de personas con trastorno mental tienen empleo según FEAFES), ¿qué problemas considera usted que, desde el ámbito sanitario, se pueden dar con respecto a las personas con trastorno mental?
3. ¿Considera usted que ha habido un aumento, disminución o mantenimiento del número de personas con trastorno mental que llegan a la entidad?
4. ¿Considera usted que la entidad está teniendo éxito a la hora de agilizar la recuperación de las personas con trastorno mental? ¿Por qué?

B) Preguntas específicas sobre la Unidad/programa

1. ¿Qué recursos y servicios (profesionales, información sobre otros recursos, participación en algún proyecto...) ofrecéis desde la Unidad/el programa a las personas con trastorno mental?
2. ¿Cuál es el proceso que sigue una persona con trastorno mental desde que llega hasta que se va?
3. Desde la Unidad/programa, ¿deriváis a otros recursos para personas con trastorno mental? ¿Cuáles?
4. ¿Os coordináis con otras asociaciones y/u otras entidades públicas y privadas en la atención a personas con trastorno mental? ¿Cuáles? ¿De qué manera?
5. Desde su opinión y conociendo los recursos existentes para personas con trastorno mental, ¿qué recursos considera usted que hacen falta para atender a personas con trastorno mental?

C) Preguntas sobre la intervención de la trabajadora social

1. Teniendo en cuenta que el equipo de profesionales es interdisciplinar (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros), la trabajadora social, ¿qué funciones

desempeña en la entidad con las personas con trastorno mental que llegan a su despacho?

2. ¿Cuál es el proceso de intervención que sigue usted como trabajadora social con respecto a las personas con trastorno mental?
3. ¿Qué modelo o modelos de intervención sigue usted como trabajadora social para trabajar con personas con trastorno mental y/o sus familiares?

D) Preguntas sobre la opinión sobre la percepción social sobre los trastornos mentales

1. ¿Considera usted que ha habido un aumento, disminución o mantenimiento del número de personas con trastorno mental que llegan a la entidad?
2. ¿Cree usted que hay una percepción social negativa o positiva sobre los trastornos mentales?
3. Si contesta percepción negativa, ¿qué causas pueden estar influyendo en la percepción negativa sobre los trastornos mentales?
4. ¿Qué consecuencias pueden tener las causas que usted ha mencionado?
5. ¿Considera usted que una consecuencia de la percepción negativa sobre los trastornos mentales podría ser la escasez de recursos y servicios?